

ISSN 1028-8554

**НЕЗАВИСИМЫЙ
ПСИХИАТРИЧЕСКИЙ
ЖУРНАЛ**

**INDEPENDENT
PSYCHIATRIC
JOURNAL**

III

2024

МОСКВА

Решение
редакционной коллегии Независимого психиатрического журнала

26 августа 2024 года редколлегия Независимого психиатрического журнала в составе Ю. С. Савенко (главного редактора), Ю. Н. Аргуновой, И. М. Беккера, М. Е. Бурно, Б. А. Воскресенского, С. А. Игумнова, В. В. Мотова, П. А. Понизовского и А. А. Шмиловича после продолжительных обсуждений предписания Министерства юстиции Российской Федерации о приостановлении деятельности НПА России до 5 декабря 2024 г. приняла решение:

учитывая научный характер и высокую значимость журнала, составляющего по признанию многих ведущих коллег исторический вклад в отечественную психиатрию, выполнить предписание Минюста России посредством отказа от именования журнала «Вестником НПА» и от его принадлежности к общероссийской общественной организации «Независимая психиатрическая ассоциация России» с утверждением этого решения на внеочередном съезде НПА России до 05.12.2024 г. согласно требованию Минюста России.

Президент НПА России Ю. С. Савенко

ВНИМАНИЕ!

Чтобы сохранить бумажную версию
“Независимого психиатрического журнала”
подписывайтесь на него

Новый индекс — 83180
по Объединенному каталогу Пресса России

ISSN 1028-8554

**НЕЗАВИСИМЫЙ
ПСИХИАТРИЧЕСКИЙ
ЖУРНАЛ**

**INDEPENDENT
PSYCHIATRIC
JOURNAL**

III

2024

МОСКВА

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
Б. А. Воскресенский
П. Ю. Завитаев
С. А. Игумнов
В. Е. Каган
В. А. Кажин
В. В. Мотов
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
Boris Voskresensky
Peter Zavitaev
Sergey Igumnov
Victor Kagan
Vitaly Kazin
Vladimir Motov
Pavel Ponizovsky
Victor Topolyansky
Andrey Shmilovich

Сдано в набор 23.09.2024. Подписано в печать 30.09.2024. Формат 60×84 ¹/₈.
Бумага типографская офсет № 1. Печать офсетная.
Заказ № 2024-2-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: +7 499 258-0828.

СОДЕРЖАНИЕ

Неискоренимый стереотип образа «прирожденного преступника» как антропистичность. К 150-летию актуализации проблемы	5
АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ПСИХИАТРИИ	
Классификация гендерных и сексуальных расстройств. Сравнительный анализ в DSM-V — А. Я. Перехов (Ростов-на-Дону).	12
Изменение личности при воздействии кумулятивного травматического стресса — Е. В. Снедков (Санкт-Петербург)	27
ИЗ КЛАССИЧЕСКОГО НАСЛЕДИЯ	
Вальтер Беньямин — Немножко человечности.	36
КЛИНИЧЕСКИЕ РАЗБОРЫ	
Уход личности с психопатической организацией смешанного типа из неприемлемой действительности по типу бегства в болезнь — А. А. Шмилович, В. А. Андрейчик	41
ПСИХИАТРИЯ И ПРАВО	
Новые основания для обмена информацией между психиатрическими учреждениями и полицией — Ю. Н. Аргунова	65
ИЗ ДОСЬЕ ЭКСПЕРТА	
Экспесс исполнителя?	69
ОТКЛИКИ, ДИСКУССИИ, РЕЦЕНЗИИ	
Пришла пора — И. М. Беккер (Набережные Челны)	74
Новозаветная неврология — Б. Л. Лихтерман	75
ХРОНИКА	
Приостановка минюстом до 5 декабря деятельности НПА России	77
Новый неожиданный генеральный директор ВНИЦЗ РАН	77
Две международные врачебные организации объявлены нежелательными	78
Трагедия в Биробиджане.	78
Якутскому шаману снова продлили стационарное лечение	78
Сознательная небрежность?	78
Унижение адвокатов	79
Эвтаназия — опрос ВЦИОМ	80
Необходимость научного навигатора	80
100-летие Григория Яковлевича Авруцкого.	80
ИСТОРИЯ	
Ложная беременность императрицы Александры Федоровны в контексте проявления истеро-пизоидных черт характера — М. А. Сюткина, Ю. В. Коцюбинская, Д. А. Коцюбинский, М. А. Кайгородцев (Санкт-Петербург) (часть 1)	81
ПСИХОПАТОЛОГИЯ И ТВОРЧЕСТВО	
Арнольд Бёклин — Остров мертвых	95
Александр Кушнер — Венеция	96
НЕКРОЛОГИ	
Наталья Васильевна Спиридонова	97
Ольга Павловна Бурмистрова	98
Питер Реддугэй	100
РЕКОМЕНДАЦИИ	101
АННОТАЦИИ	102

CONTENTS

The ineradicable stereotype of the image of a «born criminal» as anthropicity. On the 150th anniversary of the actualization of the problem	5
CURRENT PROBLEMS OF PSYCHIATRY	
Classification of gender and sexual disorders. Comparative analysis in DSM-V — A. Ya. Perekhov (Rostov-on-Don)	12
Personality changes under the influence of cumulative traumatic stress — E. V. Snedkov (St. Petersburg)	27
FROM THE CLASSICAL HERITAGE	
Walter Benjamin — A Little Bit of Humanity	36
CLINICAL CASES	
Escape of a personality with a mixed type psychopathic organization from an unacceptable reality by the type of escape into illness — A. A. Shmilovich, V. A. Andreychik.	41
PSYCHIATRY AND LAW	
New grounds for information exchange between psychiatric institutions and the police — Yu. N. Argunova.	65
FROM THE EXPERT'S DOSSIER	
Excess of the performer?	69
COMMENTS, DISCUSSIONS, REVIEWS	
The time has come — I. M. Becker (Naberezhnye Chelny).	74
New Testament neurology — B. L. Likhтерman.	75
CHRONICLE	
Suspension of the activities of the IPA of Russia by the Ministry of Justice until December 5.	77
New unexpected general director of the All-Russian Scientific Center of Mental Health of the Russian Academy of Sciences	77
Two international medical organizations have been declared undesirable	78
Tragedy in Birobidzhan	78
Inpatient treatment extended for a Yakut shaman again	78
Deliberate negligence?	78
Humiliation of lawyers	79
Euthanasia — VTsIOM poll	80
The Need for a Scientific Navigator	80
The 100-th anniversary of Grigory Yakovlevich Avrutsky	80
HISTORY	
False pregnancy of Empress Alexandra Feodorovna in the context of manifestation of hysterical-schizoid character traits — M. A. Syutkina, Yu. V. Kotsyubinskaya, D. A. Kotsyubinsky, M. A. Kaigorodtsev (St. Petersburg)	81
PSYCHOPATHOLOGY AND CREATIVITY	
Arnold Böcklin — Island of the Dead	95
Alexander Kushner — Venice	96
OBITUARIES	
Natalia Vasilievna Spiridonova.	97
Olga Pavlovna Burmistrova.	98
Peter Reddaway	100
RECOMMENDATIONS	101
ANNOTATIONS	102

Неискоренимый стереотип образа «прирожденного преступника» как антропистичность

На частном примере концепции «прирожденного преступника» Ломброзо показано как антропология из научной дисциплины одного объекта — проблемы происхождения человека и человеческих рас в одном биологическом аспекте рассмотрения — начала превращаться в дисциплину, объектом которой является человек в целом в его мире со всеми его проблемами, рассматриваемый контекстуально, т.е. более конкретно и антропофильно, в отличие от формально аналитической академической (а не прикладной) науки, которая объясняет все вне всех ценностных оснований, кроме логической доказательности. Это отличает весь категориальный аппарат антропологии только омонимичный психологическому. С тех пор изучение человека идет как в русле отдельных наук, так и разделов антропологии. Психиатрия в наиболее выраженной форме раздел патологической антропологии, использующий достижения академических наук в своих целях и на своих основаниях. Последние успехи искусственного интеллекта окончательно показали реальность и грандиозную значимость коренного различия чисто научного и антропологического подходов, смешение которых вместо их интерференции тормозит развитие общей психиатрии.

Ключевые слова: концепция природного преступника, Ломброзо, антропология, антропоцентричность, антиантропизм науки, психиатрия как патологическая антропология.

*«Прогресс — это катастрофа,
катастрофа — это прогресс».*

Вальтер Беньямин

Древняя проблема соответствия видимых физических и психических признаков нашим ожиданием их действительной внутренней природе, вопреки всем изысканиям и разочарованиям, продолжает оставаться повседневной обманщицей.

Среди знаменитых ученых, объявлявшихся в советское время реакционерами, даже мракобесами, — Томас Мальтус (1766 – 1834), Рудольф Вирхов (1821 – 1902), Фрэнсис Гальтон (1822 – 1911), Грегор Мендель (1822 – 1884), Август Вейсман (1837 – 1914) и судебный психиатр Чезаре Ломброзо (1835 – 1904).

Характерен сам этот феномен отторжения исследователей, открывающих новые горизонты и опирающихся на эмпирические и экспериментальные методы, неудобные для сложившихся представлений и господствующей идеологии. Но наука не знает запретных тем. Она расколдовывает прежнюю картину мира, прежние квазирелигиозные убеждения, такие как «прогресс». Один из создателей математической теории естественного отбора Дж. Б. С. Холдэн (J. B. S. Haldane) писал «я использовал слова «прогресс», «движение вперед» и «дегенерация»

в том смысле, как их вообще употребляют при обсуждении подобных вопросов, но я хорошо знаю, что такая терминология представляет скорее стремление человека «похлопать себя по плечу», чем ясное научное мышление... Обезьяна является вполне удовлетворительным животным, современный же человек весьма возможно является крайне примитивным и несовершенным типом разумного существа. Он является худшим животным, чем обезьяна» (1932 г.)¹.

Почему только Ломброзо оказался в приведенном списке до сих пор фактически отвергнутым? Среди многих факторов выделим один из важнейших, но не центрированный в известной нам литературе. — Его корреляции вышли за пределы естественных наук. Так он пытался обосновать пози-

¹ Фундаментальность этого наблюдения, восходящего к И. Г. Гердеру («Человек — недостаточное существо»), стала основой для одного из трех классиков философской антропологии — Арнольда Гелена (1904 – 1976), в его труде «Человек, его природа и место в мире» (1940). Гелен испытал влияние Шопенгауэра, Ницше, Н. Гартмана и феноменологии, а также М. Вебера. Задачей антропологии он считал необходимость свести воедино данные всех наук о человеке — формулировка, совпадающая с данной, в частности Л. С. Выготским для педологии, которой соответствует детская психиатрия.

тивистской наукой своего времени криминальную антропологию.

Если Кречмер коррелировал строение тела и особенности моторики с темпераментом (а не характером, как он уточнил в своей автобиографической книге), т.е. в близких наследуемых объектах, то Ломброзо коррелировал особенности черепа и различные телесные атавизмы со склонностью к криминальному поведению исходя из представления о его биологической природе, что не просто перескакивание через ступени, а через онтологический слой (психологию). Наряду с этой предвзятой упрощенной научной идеей была и другая, идеологическая причина резкой критики следующей его позиции: «мы должны отказаться от современного sentimentalного отношения к преступнику, которым заражены все наши криминалисты: высшая раса утесняет и истребляет низшую — таков закон человечества).

Эпоха, когда кузен Дарвина Гальтон отдавал абсолютный приоритет наследственности, делая из этого далеко идущие выводы, обосновав необходимость новой науки об улучшении человеческой природы — евгенику, антиклерикальный характер теории Дарвина о естественном отборе, происхождении человека и его родстве с приматами, содействовала концепции Ломброзо. Как судебный психиатр, он не мог не впечатлиться обликом, физическими и психическими особенностями уголовных преступников.

Чезаре Ломброзо родился в 1835 году в Вероне, в старинной многодетной семье раввинов и талмудистов. Изучал литературу, лингвистику и археологию в университетах Падуи, Вены и Парижа, но стал военным хирургом. В 1862 году он проф. Павианского университета, где спустя год прославился книгой «Гений и помешательство»² (русс. пер. 1885 г.), опережая Гальтона («Наследственность гения», 1864 г.). В 1871 г., в год издания третьей фундаментальной работы Чарлза Дарвина «Происхождение человека», возглавил психиатриче-

скую больницу в Пезаро. В 1876 г. издал свою самую влиятельную книгу («**Homo delinquente**») и стал проф. кафедры судебной медицины и общей гигиены Туринского университета, в 1896 г. — кафедры психиатрии, а в 1906 г. — кафедры уголовной антропологии, которую возглавлял до смерти в 1909 г.

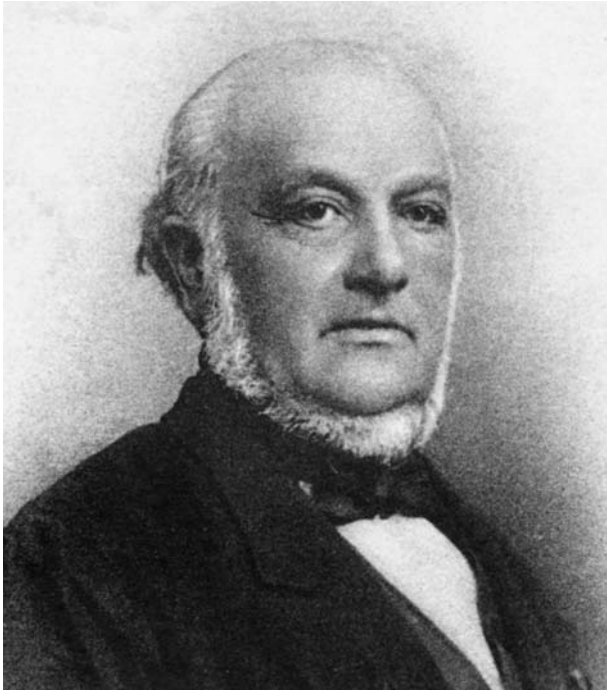
Его труд «Homo delinquente» написан на основе прежде всего краниологических исследований и нескольких десятков различных физических атавизмов и их высокой корреляции с нарушением законов, согласно внушительной статистике. Это громкое высоко значимое заключение привело к резкой поляризации сторонников антропологической школы уголовного права и их противников, особенно в России. Этому в немалой мере способствовал хлесткий и неточный перевод заглавия — «Преступный человек», тогда как точнее было бы «Человек нарушающий».

Ломброзо, следуя концепции дегенерации Бенедикта Мореля (1809 – 1873), впервые поставил на научную почву систематические измерительные исследования и их статистику, как назревшую необходимость решить проблему высокого числа психических расстройств среди обитателей тюрем. Это вызвало даже предложение психиатрической подготовки тюремных врачей.

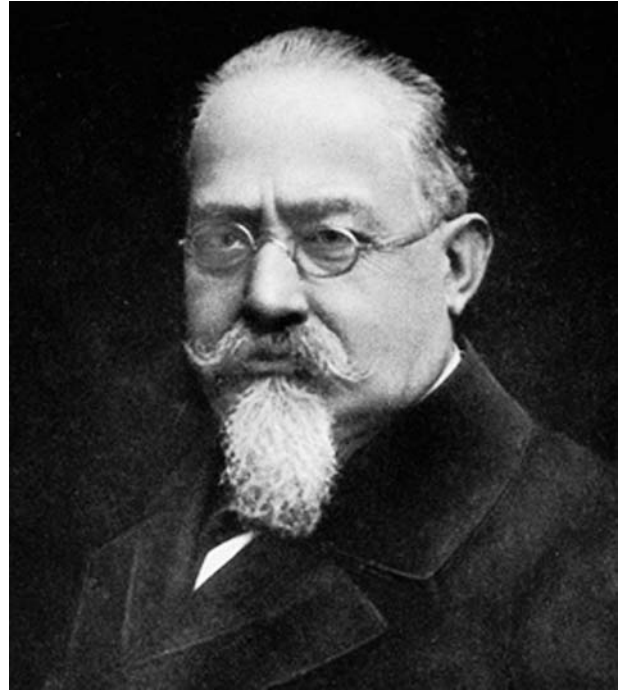
Первоначально чисто биологическая концепция Ломброзо в последующей его работе «Преступление, его причины и способы лечения» (1899), дополнилась социальными моментами.

На примере развития концепции Ломброзо выразительна фундаментальная ошибка, обрекающая общую психиатрию фактически на бег на месте, а сейчас даже на упадок. Постоянно забывается, что категориальный аппарат общей и клинической психопатологии только омонимичен с психологическим и соотносится не с психологией, а с антропологией. Но антропологии не в своем начальном виде (дисциплине о происхождении человека и человеческих расах), а как область знания о реальном человеке, в котором линейное разделение онтологических слоев — условность, необходимая в научно аналитических и дидактических целях. То есть антропология — это целое, в котором центрируется, с одной стороны, специфическое

² В ее основу легла цюрихская диссертация Павла Якобия «О нравственности в психиатрии», основоположника отечественной социальной психиатрии. (Ж. «Регион», 57, 2005, №2, с.28 – 31).



Бенедикт Морель
(1809 – 1873)



Чезаре Ломброзо
(1835 – 1904)

ценностно-целевое начало, а с другой — определенная сфера рассмотрения изучаемой действительности — биологическая, социальная, культуральная и философская. Само именование антропологии обрекает на опасность антропоцентризма, но дает возможность конгруентности внутри своего сообщества с его средой и возможность взаимопонимания многоязычных мультикультуральных народов. Понятийный аппарат антропологии подразумевает целостность всех четырех онтологических слоев, т.е. еще и духовным слоем, составляющим специфику человеческого в отличие от академической науки, с ее строго формально рациональным антиантропистичным понятийным аппаратом в рамках одного онтологического слоя. Грандиозность этого разрыва наиболее ясно обнаружилось в последние десятилетия проблематикой и успехами искусственного интеллекта, лишенного не только ценностного, но даже человеческого семантического основания, игнорирующего само его существование. Эта катастрофическая опасность для будущего человечества, пожалуй, превосходящая атомную опасность. От роли слуги, секретаря, переводчика роботы уже внедрились в сложные проблемы личных отноше-

ний и манипуляции людьми, лишенные элементарной человечности или с умением ее имитировать.

Ясперс достаточно энергично отметил значительную роль литературного, дидактического и суггестивного таланта профессионального текста на примере работ Эрнста Кречмера. Это универсальное свойство во всех профессиях от рекламы до адвокатуры. Не менее ярко и убедительно, с вполне репрезентативными статистическими выкладками, Ломброзо описал характерный внешний физический и психологический типаж «прирожденного преступника», настолько соответствующего предпониманию массового и даже частично профессионального читателя, что мы не будем приводить его здесь, чтобы не искушать или не травмировать этим очень клейким стереотипом. Причиной этого предпонимания служат в частности сказки, фольклор, детская литература, иллюстрации к ней замечательных художников. Сказки запечатали экстремально маленький или большой рост (карлики и великаны), грубые короткопалые кисти и стопы, низкий лоб, козлиные уши, большой горбатый нос и т.п. реальным истокам этого были врожденные уродства, болезни, этнический

образ чужака. От этого шаблона постепенно освобождается кинематограф и театр, где на роль злодеев и первых любовников выбирают все чаще не хрестоматийно линейные типы.

Ломброзо был не первым проводившим корреляции облика и преступности. Так Гальтон методом суперпозиции выделял характерные профили воров, а Лафатер центрировал сходство разбойников с хищными зверьми. Нельзя утверждать, что это полная чепуха, но зависимость такого рода на порядок сложнее.

Значительная изменчивость объема и содержания понятия «преступность» в разные эпохи, разных научных школах и политических режимах, но прежде всего уголовных и политических преступлений, существенно затрудняет достоверные исследования, особенно сравнительные. Требуется четкая определенность и понятия «прирожденного».

Ни Морель, ни Ломброзо, как и их последователи, не были беспочвенными теоретиками, а строили свои концепции на тщательно эмпирических исследованиях. Невозможно возражать против существования дегенеративных семей. Таких, как приводит Ломброзо на примере генеалогии итальянского убийцы Мигдейля (1884). Концепция дегенерации, как и большинство других не перечеркивается позднейшей критикой, а только значительно сужает свои границы.

Спустя четверть века после книги Ломброзо «Преступный человек» вышла классическая работа Густава Ашаффенбурга «Преступление и борьба с ним» (1902, русск. пер. 1906, 2010), на 30 лет моложе Ломброзо. Она отличается той объективной взвешенностью, которой до сих пор нет у большинства наших авторов в отношении Ломброзо и что само представляет серьезную проблему. «Учение Ломброзо, — пишет Ашаффенбург — уже давно было подвергнуто более пристрастной, нежели объективной критике... в пылу горячих нападок. В своем последнем труде «Причины преступления и борьба с ним», он отводит даже очень значительное место выяснению внешних причин преступности, об анатомических же признаках «*delinquente nato*» он почти ничего не говорит. Но крепко держится того положения, что около 33 % всех преступников является прирожденными, представляющи-

ми многочисленные отклонения от нормального типа. Но мы не имеем никакого шаблона нормального человека, которым можно было бы пользоваться как масштабом для определения разного рода отклонений... даже не в отдельных атавизмах, а в их общем количестве... Среднее место между здоровым и больным занимают преступники. Даже самые страстные и решительные противники Ломброзо не отрицают, что у преступников признаки вырождения наблюдаются особенно часто...

В чем, однако нельзя оправдать Ломброзо, так это в поразительном отсутствии критики. Он пользуется точными и тщательно проведенными антропометрическими измерениями, анекдотами и пословицами, статистическими данными и субъективными впечатлениями, используя весь этот разнородный материал³ без всякого разбора и критической оценки его относительной важности... Было бы несправедливо судить Ломброзо только его ошибками. Совокупность выявленных признаков продолжают служить основанием для представления об особом антропологическом типе человеческого рода и неизбежно делают их преступником, хотя бы и не обнаружившемся явно».

В 1890 г. Ломброзо в соавторстве с Р. Ляски (P. Laschi) опубликовал труд «Политическая преступность и революция по отношению к праву, уголовной антропологии и государственной науке» (555 стр. русск. пер. 1906, 2003) и «Анархисты» (русс. пер. 1907). В 1889 г. «Половая психопатология. (Любовь у помешанных)». В 1893 г. совместно с Г. Ферри (G. Ferrero) «Женщина преступница и проститутка», русск. пер. 1897, 1991, 2014).

В 1894 г. в работе «Антисемитизм и современная наука» Ломброзо, перечисляя причины антисемитизма, на равных излагает ходячие представления антисемитов о «недостатках евреев», только мимоходом отмечая, что многие из них — следствие разрешенных им непопулярных профессий (типа сборщиков долгов и налогов, и т.п.), резкое отличие их древних веры и обычаев, облика

³ Нетрудно увидеть в этом особенность антропологического подхода, отличного от строго академически научного у Ашаффенбурга.

и частой среди них дегенерации, которая благоприятствовала появлению множества гениальных, (в том числе «реакционных») деятелей и психических расстройств. Этим он объясняет как устойчивую роль дискриминируемого, «козла отпущения», так и регулярные каждое столетие с 1096 г. «страшные эпидемии взрывов ненависти... под обычным предлогом убийства христианских младенцев. В этой главе, вслед за Ферри, Ломброзо называет основной причиной антисемитских эпидемий «действие правительств и отдельных партий в политических целях... В России с ее менее цивилизованным народом, эти эпидемии принимают наиболее жесткий характер». Дриль и Тарновский объясняли ему это тем, что «русские евреи заслуживают своей участи».

Мишель Фуко в лекциях 1974 г. объясняет успехи концепции Ломброзо в его время назревшим в эпоху «волны революции между 1848 и 1870 – 1871 гг.» общественным запросом на различительный признак политического выбора, «Ломброзо — республиканец, антиклерикал, позитивист и националист... усмотрел в движении начинавшимся в Италии в первое половине XIX века и подхваченном Гарибальди тенденцию — или отклонение — в сторону социализма и анархизма. Но как среди этих движений выделить те, которые можно признать и такие, которые следует подвергнуть критике, изоляции и санкциям?» «Биологическая, анатомическая, психологическая, психиатрическая наука позволяет незамедлительно распознать... кто подлежит развенчанию. Именно антропология предоставляет нам возможность отличить подлинную революцию, всегда плодотворную и полезную, от мятежа и бунта, заведомо бесплодных. И далее: великие революционеры Паоли, Мадзини, Гарибальди, Гамбетта, Шарлотта Корде и Карл Маркс — почти всегда были святыми и гениями, причем им было дано поразительно гармоничное лицо. Напротив, если взять фотографии сорока одного парижского анархиста, то выяснится, что 31 % от их числа имеет серьезные физические недостатки... Поэтому движение, которое они представляют подлежит историческому и политическому развенчанию, ибо оно уже развенчано физиологически и психиатрически... Психиатрия будет использоваться во

Франции и после 1871 г. и до конца столетия» (М. Фуко «Ненормальные», 2004, с. 188 – 189).

Наивнейшая с научной точки зрения идея о благообразии лица, облика, голоса, моторики, поведения и даже отдельных значимых поступков, как адекватного выражения существа их внутреннего содержания совершенно естественна для антропологического подхода. Поэтому намного проще и основательнее это объясняется тем, что **антропология намного ближе к восприятию и мышлению обычного человека**. Вспоминается забавная коллизия из собственной практики врача московской психиатрической больницы № 5, осуществлявшей принудительное лечение общего типа. Один из моих подопечных, массивный детина с хрестоматийно бандитским обликом, но с унылым, словно плачущим выражением лица и непрекращающимися жалобами на этот свой пугающий облик, действительно выглядел так, что я, как и другие, невольно ежился, общаясь с ним. Несколько десятилетий назад в Москве в дверях магазина «Ховринский хозяин» стояла в натуральный двухметровый рост имитация знаменитого спортсмена, знаменосца отечественных команд на международных соревнованиях, реально устрашающей внешности, но добрейшего человека. Она успешно заменяла настоящего швейцара, а не надевшего его мундир, совмещавшая роли вышибалы или пугала для одних (не только детей) и, наоборот, привлекательная для других. Облик первобытного человека обманчив: иные благообразные «силовики» намного реально опаснее.

В небольших однородных компактных группах облик и пантомимика воспринимались тоньше и надежнее, чем в эпоху урбанизации и тотального смешения рас, этносов, культур, конфессий и т.д. В эпоху Лафатера и Гете эта проблема была и воспринималась намного более основательно. Что касается «анархистов», то это злоупотребление термином. И 100 лет назад было семь очень разных анархических движений, а главное, что значительную часть участников беспорядка составляют обычно низы общества. Так, например, на основе марксистского анализа Иванов-Разумник показал, что это люмпены, а не пролетарии. Тогда как облик

Кропоткина и Бакунина соответствует их высокой нравственной репутации. Признаком значимости облика для большинства людей являются портреты вождей. Далеко не всем художникам в советскую эпоху разрешалось рисовать их. Но «просматривая фотографии лиц, получивших ордена и почетные звания. — пишет Джордж Оруэлл⁴, — я (как всегда) поражаюсь исключительным уродствам и вульгарностью их внешности. Если вы составите альбом «Наши правители» из опубликованных фотографий великий людей нашей планеты..., все они уже старики, ...почти все они низкорослые. Диктатор ростом более 5 футов и 6 дюймов — большая редкость... и, в-третьих. Они практически всегда невероятно уродливы.

Первоначально чисто биологическая, концепция прирожденного преступника постепенно сводила в единый узел психопатологические, генеалогические, криминальные, политические, феминологические, ксенофобические аспекты.

Все более значимое, но игнорируемое различие академической и прикладной (антропологической) науки обычно не замечается или игнорируется, т.к. любое усложнение противоречит универсальному закону экономии усилий. Его отметил и Ясперс. «В теории дегенерации есть нечто интуитивно приемлемое для современного мышления; но все ее попытки сделаться чем-то больше, чем простое интуитивное постижение соматических конфигураций привело лишь к крайнему сужению сферы ее применения... Теория вырождения сыграла достаточно значительную историческую роль, и при всем критическом к ней отношении не следует сомневаться в ее достоинствах. Мы можем отвергать ее с научной точки зрения, но замолчать невозможно... В одном отношении понятие дегенерации приносит пользу. Оно способно поддержать живой аналитический интерес к чему-то такому, что мы интуитивно замечаем, но не можем теоретически объяснить. С другой стороны, оно обозначает, что мы с самого начала оставляли в стороне исследования в области собствен-

ной физиогномики и трактуем признаки в качестве симптомов — т.е. отказываемся от физиогномического видения в пользу некоего суррогата естественной науки. Свойственный физиогномике символизм исчезает, но занявшая его место частная связь между симптомами и дегенеративным заболеванием не может быть принята на правах медицинского факта» («Общая психопатология», стр. 327 – 328).

Мы видим взвешенную констатацию наличия сложного узла многих проблем, нарастающее вытеснение физиогномического начала (метафорического, целостного, конкретного, гештальтного, «правополушарного»). В этом фундаментальное различие симптома и феномена, т.е. узко аналитического и целостно-контекстуального.

Критика концепции прирожденного преступника не делала различий ее различных версий разных эпох, различных авторов и отдельных ее положений. Она вовлеклась в удобную для критики позицию с точки зрения «реакционности». Т.е., в свою очередь, ненаучную. Она игнорировала, что Ломброзо в равной мере считал патологическими отклонениями и гениальность, и «прогрессивные» идеи, что он был консерватором и позитивистом, вне оценочных категорий, кроме научной объективности.

Переводя существо этой проблемы на язык вероятностей нелепо оспаривать, что наследственная и приобретенная биологическая предрасположенность к различным правонарушениям, опосредуясь различным образом — реальность, что продуктивно оспаривать наиболее трудные постановки вопроса, а не карикатурно заостренные ценностные, смотреть опасным выводам в лицо. Но советским авторам с 30-х годов грозила другая более реальная опасность. Лаборатории изучения личности преступника были закрыты, психотехника разгромлена, Л. М. Розенштейн, Н. П. Бруханский и др. плохо кончили, им запрещали даже ссылаться на «буржуазных» авторов.

Наиболее развернутое критическое изложение антропологической концепции прирожденного преступника было дано в руководстве «Судебная психиатрия» 1950 г. его ответственным редактором, директором Института судебной психиатрии им. В. П. Сербского Ц. М. Фейнберг, автора первых шести

⁴ Джордж Оруэлл «1945. Руины. Военные репортажи». М., 2024.

глав, которая опиралась на позицию А. Я. Вышинского (1946). В указателе использованной литературы он фигурировал первым, вне алфавита, занимая привычное место вождей. Ранняя версия концепции Ломброзо оспаривалась простым изложением непопулярной позиции, ограничиваясь апелляцией к гуманным чувствам, а не — возможно — жёсткой действительности. «Ненаучная в своей основе теория Ломброзо имела явно выраженную реакционную политическую направленность... В области карательной системы Ломброзо высказывался за тюремное заключение на неопределённый срок, за суровый тюремный режим, за широкое применение смертной казни... К числу последователей Ломброзо относятся и Блейлер, автор книги «Прирожденный преступник», где пишет, что «прирожденные преступники лишены способности следовать правилам морали, подобно честным людям, и такой их дефект может быть врожденным». Далее Фейнберг утверждает, что «политически социологическая школа (Ван Гамель, Принс, Лист и др.) преследовала такие же реакционные цели, как и антропологическая, и приходила к весьма сходным практическим выводам, ... заменяя понятие вины и вменяемости понятием «опасного состояния», необходимости социальной защиты и критерия целесообразности, продлевая сроки наказания пока сохраняется социальная опасность, к чему присоединялся и Крепелин. Утверждается, что возобладавшее на Западе неоломброзианст-

во пошло по ложному пути в интересах господствующих капиталистических классов и ведет к фашизации уголовной репрессии, к выделению категории «неисправимых преступников»... Таковы «теории», фабрикуемые американскими и иными лжеучеными на потребу правящих классов, с целью затушевать кричащие противоречия капиталистического общества, оправдать террористические методы расправы с трудящимися, с революционными деятелями, с угнетенными нациями, разжиганием расовой ненависти и низменных инстинктов, отвлечь народные массы от борьбы против господствующих классов и ослабить их сопротивление агрессивным планам английско-американских империалистов, направленным против СССР и стран народной демократии».

Вряд ли здесь нужны комментарии, настолько ясен и актуален этот текст, хотя он не уберег его автора. Звучит убедительно, но на деле смысл зеркален в обе стороны, а проблемы неискоренимы, только называются по-другому, и это работает.

Показательно, что искусство, в лице Джорджа Оруэлла и его романа «1984», предсказало будущее за полвека с необычайной точностью. Впрочем, подобный лейтмотив мы находим в «Предсказаниях» Леонардо да Винчи, воплощавшего сочетание искусства и науки.

Ю. С. Савенко

РЕКОМЕНДУЕМ

Джордж Оруэлл
1945. Руины. Военные репортажи. М., 2024.

Сравнительный анализ гендерных и сексуальных расстройств в DSM-V TR и МКБ-11

А. Я. Перехов (Ростов-на-Дону)

Классификация гендерных и сексуальных расстройств в DSM-V TR

Начнем с предисловия переводчика, врача-психиатра А. В. Анцыборова (Ростов-на-Дону)¹

От переводчика: идея перевода на русский язык DSM-V, впервые возникла практически сразу после выхода данной версии из печати, в 2013 году. Я был приятно удивлен логичностью, и «стройностью» диагностического руководства. Вполне понятно, что я мысленно сравнивал МКБ-10 и DSM-V, и зачастую, сравнения были явно «не в пользу» МКБ-10. Можно очень много говорить о «достоинствах» и «недостатках» двух систем диагностики (они есть, и об этом достаточно много написано), но для меня лично, DSM-V, представляет собой наиболее «гибкую», и «практичную» диагностическую систему на сегодняшний день. А если ее рассматривать в качестве «инструмента» для научных исследований, то система МКБ, безнадежно «проигрывает». С выходом DSM-V TR, в феврале 2022 года, я стал «одержим» переводом руководства на русский язык. Своеобразным «катализатором» для этого, стала русская версия МКБ-11. Более громоздкой и неудобной диагностической системы для т.н. «настойного использования», я еще не видел. С тех пор прошло достаточно много времени, перевод DSM-V TR, практически завершен. Из печати вышли три раздела руководства, посвященные диагностике биполярных и депрессивных расстройств, а также расстройств

нейроразвития. Буквально скоро выйдут остальные разделы. Я не ожидал, что в среде практикующих врачей будет огромный интерес к данным изданиям, что говорит об их «практической пользе». Очень жаль, что политические процессы служат препятствием к переходу на использование МКБ-11 в РФ, и разрешению использования DSM-V TR, в научных и образовательных целях. Для врачей практического звена, данные процессы вызывают определенные сложности и проблемы. Хочется надеяться, что в ближайшие годы российские психиатры перестанут себя чувствовать «отрезанными» от мировой науки, и психиатрии, в частности.

«DSM-V: ГЕНДЕРНАЯ ДИСФОРИЯ

В данной главе представлен один обобщающий диагноз «гендерная дисфория», с отдельными диагностическими критериями для детей, подростков, и взрослых. В рамках данной главы термины «пол» и «сексуальность» относятся к биологическим характеристикам мужского и женского начал (понимаемым в контексте репродуктивной способности), таким как: половые хромосомы, гонады, половые гормоны. Понятие «гендер» используется для обозначения общественной, социокультуральной (в большинстве случаев юридически признанной) «жизненной роли» мальчика или девочки, мужчины или женщины, или человека иного пола. Биологические факторы, во взаимодействии с социальными и психологическими факторами, способствуют гендерному развитию. Осознание («присвоение себе»)

¹ Публикуются в незначительном сокращении.

*Гендерная дисфория. Диагностические критерии***Гендерная дисфория в детском возрасте (F64.2)**

Группа диагностических критериев	Описание
A	Выраженное несоответствие между отождествляемым/выражаемым внешне, и назначенным полом, продолжительностью не менее 6 месяцев, проявляющееся как минимум в шести из перечисленных ниже признаков (один из которых должен быть критерием A1): 1. Сильное, или настойчивое желание быть представителем другого пола (или какого-либо «альтернативного» пола, отличного от назначенного); 2. У мальчиков (назначенного пола) выраженное предпочтение к кроссдрессингу, или процессу «имитации» женской одежды; у девочек (назначенного пола) выраженное предпочтение носить только «типично» мужскую одежду, наряду с мощным сопротивлением ношению «типично» женской одежды; 3. Выраженное предпочтение межгендерных ролей в играх-стимуляторах (семья, дом, больница, и т.д.), или фантазиях; 4. Выраженное предпочтение в игрушках, играх, или занятиях, которые «стереотипно» используются, или реализуются представителями другого пола; 5. Выраженное предпочтение партнеров по играм другого пола; 6. У мальчиков (назначенного пола) выраженное неприятие «типично» мужских игрушек, игр, занятий, наряду с избеганием «грубых», и «неаккуратных» игр; у девочек (назначенного пола) выраженное неприятие «типично» женских игрушек, игр и занятий; 7. Выраженная неприязнь к своим анатомическим половым признакам; 8. Выраженное желание иметь первичные, и/или вторичные половые признаки, которые соответствуют отождествляемому полу.
B	Имеющееся состояние связано с клинически значимым дистрессом, или нарушениями в социальной, академической, и других важных сферах функционирования.

Гендерная дисфория в подростковом и взрослом возрасте (F64.0)

Группа диагностических критериев	Описание
A	Явное несоответствие между отождествляемым/выражаемым и назначенным полом, наблюдаемое в состоянии не менее 6 месяцев, проявляющееся, как минимум, в двух из перечисленных ниже признаков: 1. Явное несоответствие между отождествляемым/выражаемым полом, и первичными, и/или вторичными половыми признаками (у подростков — «предполагаемыми» вторичными половыми признаками); 2. Выраженное желание избавиться от своих первичных, и/или вторичных половых признаков, из-за выраженного несоответствия своему отождествляемому/выражаемому полу (у подростков-желание «предотвратить» развитие «ожидаемых» вторичных половых признаков); 3. Выраженное желание обладать первичными, и/или вторичными половыми признаками другого пола; 4. Выраженное желание быть представителем другого пола (или какого-либо «альтернативного» пола, отличного от назначенного); 5. Выраженное желание, чтобы к нему (к ней) относились как к представителю другого пола («альтернативного» пола, отличного от назначенного); 6. Выраженная убежденность в том, что у него/нее есть «типичные» чувства, и реакции свойственные другому полу (или «альтернативному» полу, отличные от назначенного).
B	Имеющееся состояние связано с клинически значимым дистрессом, или нарушениями в социальной, профессиональной, и других важных сферах функционирования.

пола означает, отнесение себя к мужскому или женскому полу. Обычно, это происходит при рождении на основе «фенотипического пола» и, таким образом, формируется «назначенный» при рождении пол, исторически называемый «биологическим полом» или, в последнее время, «натальным полом». Присвоенный при рождении пол часто используется как «взаимозаменяемое» понятие с присвоенным при рождении гендером. Термины «назначенный пол», и «назначенный гендер», сочетают в себе назначенный при рождении пол/гендер, а также, «назначение» и «изменение» пола/секса, сделанные после рождения (во младенчестве, или раннем детстве), чаще всего в случаях интерсексуальных состояний. «Гендерная атипичность» — это соматические, или поведенческие особенности, которые «не типичны» (в статистическом смысле) для людей с «назначенным полом» в данном обществе и исторической эпохе. «Гендерно-неконформные состояния», «гендерные варианты», «гендерное разнообразие», относятся к т.н. «альтернативным» немедицинским терминам. Изменение пола означает официальную (иногда юридическую) процедуру. «Гендерно-утверждающие» процедуры-медицинские процедуры (прием гормональных препаратов, хирургические операции, или и то, и другое), направленные на приведение физических характеристик человека в соответствие с отождествляемым им полом. Гендерная идентичность является одной из категориями социальной идентичности, в рамках которой происходит процесс идентификации индивида, как мужчины, женщины, или некоторых «промежуточных» категорий (т.н. «гендерной флюидности»), или категориях, отличных от мужской или женской (т.н. «гендерно-нейтральной»). В последние годы наблюдается *большое количество гендерных идентичностей*. Гендерная дисфория используется как общий описательный термин для состояния дистресса, которое может сопровождать несоответствие между отождествляемым (принимаемым) человеком полом, и присвоенным ему полом. Однако, данный термин имеет и более конкретное определение, когда он используется в качестве диагностической категории. Гендерная дисфория не относится к состоянию дистресса, связанному со

стигмой (хотя является отдельной диагностической категорией), что возможно является дополнительным источником дистресса. Трансгендерность, термин, относящийся к широкому спектру людей, чья гендерная идентичность отличается от пола, присвоенного им при рождении. К трансгендерным относятся люди, чье гендерное самовыражение совпадает с полом, присвоенным им при рождении («нетрансгендеры»). Транссексуал-исторический термин, обозначающий человека, который стремится к изменению пола, проходит через это, или совершил социальный переход от мужчины к женщине, или от женщины к мужчине, который во многих (но не во всех) случаях, также включал в себя «соматический переход», путем гендерно-утверждающей гормональной терапии, и операции на половых органах, груди, или другой гендерно-утверждающей операции (исторически называемой операцией по изменению пола). Следует отметить, что не все люди испытывают дистресс от гендерного несоответствия. Многие переживают дистресс, если желаемые физические вмешательства (с помощью гормонов и/или хирургии) недоступны. Современное терминологическое сочетание гендерная дисфория является в большей степени описательным, чем ранее используемое понятие, применявшееся в DSM-IV «расстройство гендерной идентичности», сфокусированном на дисфории как на «клинической проблеме», а не на проблеме идентичности как таковой.

ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ

У пациентов с гендерной дисфорией наблюдается значимое несоответствие между «назначенным» (на основе фенотипического пола при рождении, называемого полом, «присвоенным» при рождении), и их отождествляемым/осознаваемым полом. Данное несоответствие является *основным компонентом диагноза*. Также должны присутствовать веские доказательства значимых переживаний по поводу этого несоответствия. Т.н. «осознаваемый» пол может включать в себя «альтернативные» гендерные идентичности, выходящие за рамки бинарных стереотипов. Следовательно, дистресс может включать в себя не только пережива-

ние того факта, что человек относится к мужскому, или женскому полу (отличному от того, который назначен ему при рождении), но и переживание того, что человек относится к «промежуточному» или «альтернативному» полу, который отличается от его пола, назначенного при рождении. Гендерная дисфория по-разному проявляется в различных возрастных группах. Нижеприведенные примеры могут быть «менее заметны» у детей, выросших в окружении с меньшим количеством гендерных стереотипов. Подростки-девочки препубертатного возраста с гендерной дисфорией, могут выражать мощное, стойкое чувство, или убежденность в том, что они мальчики, выражать отвращение к самой идее, или утверждениям о том, что они вырастут и станут мужчинами. Они часто предпочитают мальчишескую одежду и прически, могут внешне восприниматься незнакомыми людьми как мальчики, и просить, чтобы их называли мальчишеским именем. Иногда они выражают достаточно мощную негативную реакцию на попытки родителей заставить их носить платья, или другие «женские» наряды. Некоторые из них могут отказываться посещать школу, или различные общественные мероприятия, где требуется ношение подобной одежды. Эти дети могут демонстрировать выраженное гендерное несоответствие в рамках ролевых игр, сновидений, предпочтений в играх, игрушках, стилях, манерах, фантазиях, отличающихся от предпочтений сверстников. Чаще всего они предпочитают «контактные» виды спорта, «грубые» игры, «традиционные» мальчишеские игры, и мальчиков в качестве партнеров по играм. Они практически не проявляют интереса к стереотипно «женским» игрушкам (куклам), или занятиям (женским переодеваниям, ролевым играм). Иногда они отказываются мочиться в сидячем положении. Некоторые могут выражать желание иметь пенис, или утверждать, что у них есть пенис, или что он «вырастет», когда они станут старше. Они также могут заявлять о том, что не хотят, чтобы их молочные железы развивались, или возникла менструация. Подростки мальчики в препубертатном возрасте, которым при рождении присвоили мужской пол, с проявлениями гендерной дисфории, могут выражать достаточно выраженное,

стойкое чувство, или убеждение, что они девочки, или утверждать о том, что когда они вырастут, то станут женщинами. Они могут выражать отвращение к самой идее быть мальчиком. Они часто предпочитают одеваться в одежду девочек, или женщин, а также могут самостоятельно «создавать» одежду из доступных материалов (использовать полотенца, фартуки, и шарфы для прикрытия длинных волос, или в качестве юбок). Эти дети могут демонстрировать выраженное гендерное несоответствие в «гендерных играх», и предпочтениях игрушек, стилях, манерах, и особенностей общения со сверстниками. Они могут играть женские роли (играть в «маму»), демонстрируя повышенный интерес к «женским мечтаниям». Зачастую они предпочитают т.н. «традиционные» женские занятия, «стереотипные» игры, и времяпрепровождение («игра в дом»; рисование женских нарядов; смотреть телевизор, или видео с любимыми женскими персонажами). При этом, «стереотипные» куклы женского типа (Барби) могут выступать в роли любимых игрушек, а общение с девочками — гораздо предпочтительнее товарищей по играм. Они избегают «грубых игр», практически не интересуясь стереотипно «мужскими игрушками» (машины, грузовики, автоматы, конструкторы, и т.д.). В беседе они могут заявлять, что считают свой пенис или яички «отвратительными», а также, что они хотели бы их «удалить», или рассказывать о том, что у них есть, или они хотели бы иметь вагину. В последние годы, родители все чаще обращаются в специализированные клиники после того, как их ребенок с гендерной дисфорией, уже прошел процедуру «социального перехода». Поскольку начало полового созревания у лиц женского пола происходит в возрасте от 9 до 13 лет, а у лиц мужского пола — от 11 до 14 лет, первые симптомы и проявления дистресса могут возникнуть на этапе развития между детством, и подростковым возрастом. По причине того, что вторичные половые признаки у младших подростков еще не полностью сформированы, они могут не выражать чувства неприязни к ним, но при этом, могут испытывать выраженную тревогу из-за надвигающихся физических изменений в их организме. У подростков и взрослых с проявлениями гендерной дисфории,

несоответствие между отождествляемым полом, и физическими половыми признаками часто (но не всегда), сопровождается желанием избавиться от первичных и/или вторичных половых признаков, и/или выраженным желанием «обрести» некоторые из первичных и/или вторичных половых признаков другого пола. В разной степени старшие подростки и взрослые с гендерной дисфорией могут перенимать стиль поведения, манеру одеваться, и «общие манеры» своего отождествляемого пола. Они испытывают дискомфорт от того, что окружающие считают их представителями назначенного пола, или что они функционируют в обществе в виде представителей назначенного пола. Некоторые взрослые и подростки могут испытывать мощное желание иметь другой пол, и чтобы к ним относились как к представителю другого пола. У них может быть внутренняя уверенность в том, что они могут чувствовать и реагировать на окружающие события как представители отождествляемого пола, не прибегая к медицинскому лечению для изменения характеристик тела. На фоне данной ситуации они могут найти иные способы разрешения несоответствия между отождествляемым/осознаваемым и назначенным полом, путем «частичного амальгамирования» в желаемую роль, или путем принятия гендерной роли, которая не является ни условно мужской, ни условно женской.

АССОЦИИРОВАННЫЕ ОСОБЕННОСТИ

При появлении первых видимых признаков полового созревания у лиц мужского пола (назначенного при рождении), они могут сбривать волосы на лице, теле, и ногах при первых признаках их роста. В некоторых случаях, они обвязывают свои гениталии, чтобы сделать эрекцию менее заметной. Лица, отнесенные при рождении к женскому полу, могут перевязывать грудь, ходить ссутулившись, или надевать свободные свитера, чтобы молочные железы были менее заметны. В последние годы все чаще подростки пытаются получить, или получают доступ к препаратам (без назначения и наблюдения врача), подавляющие выработку гонадных стероидов (агонисты гонадотропин-рилизинг-гормона [ГнРГ]), или

блокирующие действие гонадных гормонов (спиронолактон). Направленные на обследование клиницистами подростки, зачастую хотят пройти гормональную терапию, а многие из них также желают сделать операцию по утверждению пола. Подростки, живущие в условиях «принимающей среды», могут открыто выражать желание быть и восприниматься как представитель своего (отождествляемого) пола, одеваясь частично, или полностью как представитель данного пола, носить прическу, типичную для своего пола, предпочитая искать дружбу со сверстниками другого пола, и/или принять новое имя, соответствующее их (отождествляемому) полу. Подростки старшего возраста (если они сексуально активны), часто не показывают, и не позволяют партнерам прикасаться к своим половым органам. Для взрослых, испытывающих отвращение к своим гениталиям, сексуальная активность ограничивается желанием, чтобы партнеры не видели и не трогали их гениталии. Нередко взрослые могут обратиться за гормональной терапией (иногда без назначения и наблюдения врача) и желанием к проведению хирургической операцией, направленной на утверждение пола. Другие довольствуются только гормональной терапией, или только хирургическим вмешательством, или вообще обходятся без какого-либо гендерно-утверждающего лечения. У детей, подростков, и взрослых, с гендерной дисфорией наблюдается повышенная распространенность черт аутистического спектра. Кроме этого, пациенты с расстройством аутистического спектра гораздо чаще демонстрируют гендерное разнообразие. Подростки и взрослые с гендерной дисфорией до начала лечения, подтверждающего пол, и процедуры легальной смены пола, подвержены повышенному риску возникновения проблем с психическим здоровьем, включающих суицидальные мысли, попытки самоубийства, вплоть до завершённого суицида. После смены пола адаптация к новым условиям жизни может меняться в лучшую сторону, а риск самоубийства, и проблемы с психическим здоровьем могут сохраняться. У детей препубертатного возраста процесс взросления ассоциируется с большим количеством поведенческих, или эмоциональных проблем; зачастую это связано с растущим непринятием

окружающими «гендерно-неконформного» поведения. Дети и подростки, которые по-настоящему чувствуют поддержку, и принятие своего гендерного несоответствия, могут демонстрировать меньше психологических (психиатрических) проблем, или даже не иметь их совсем.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ

На основании данных о популяциях, обращающихся за лечением в гендерно-утверждающие организации, распространенность диагноза гендерной дисфории в популяциях оценивается менее 1/1000 (т.е. < 0,1 %) как для лиц, отнесенных к мужскому полу при рождении, так и для лиц, отнесенных к женскому полу при рождении. Оценки распространенности, основанные на исследованиях данных самоотчетов населения в США и Европе, свидетельствуют о более высоких цифрах, хотя различные методы оценки затрудняют возможность сравнения между исследованиями. Самоидентификация в качестве трансгендера варьируется от 0,5 % до 0,6 %; отождествление себя как имеющего несоответствующую гендерную идентичность — от 0,6 % до 1,1 %; ощущение себя человеком другого пола — от 2,1 % до 2,6 %; желание пройти необходимое медицинское лечение — от 0,2 % до 0,6 %.

КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ

Поскольку степень выраженности гендерной дисфории зависит от возраста, существуют отдельные диагностические критерии для детей, подростков и взрослых. Диагностические критерии для детей определяются более «конкретными», поведенческими проявлениями, в сравнении с диагностическими критериями для подростков и взрослых. Маленькие дети гораздо реже, в сравнении детьми старшего возраста, подростками, и взрослыми, демонстрируют мощную и стойкую «анатомическую дисфорию». У подростков и взрослых «центральный» критерием диагноза, является несоответствие между осознаваемым/отождествляемым и назначенным полом. Факторы, связанные с дистрессом и имеющимися нарушениями, также напрямую зависят от возраста. Маленький ребенок может проявлять признаки

дистресса (сильный плач) только тогда, когда родители говорят ему, что он «на самом деле», не принадлежит к другому полу, а только «хочет» быть представителем иного пола. Дистресс может не проявляться в социальной среде, поддерживающей гендерную неконформность ребенка, а может возникнуть только в том случае, если есть элементы родительского/социального вмешательства в осознание гендерного несоответствия ребенка. У подростков и взрослых дистресс может проявляться из-за выраженного несоответствия между осознаваемым/отождествляемым и заданным при рождении полом.

Гендерная дисфория без нарушений полового развития.

Проявления анатомической дисфории становятся более выраженным по мере того, как дети с гендерной дисфорией приближаются к этапу полового созревания. Некоторые подростки пубертатного возраста, выражающие желание быть представителями другого пола, не обращаются за гендерно-утверждающими соматическими процедурами, когда достигают половой зрелости. В большинстве случаев, они сообщают о «негетеросексуальной ориентации», демонстрируя «гендерно-неконформные» формы поведения (не обязательно трансгендерную идентичность в подростковом/молодом взрослом возрасте). Некоторые дети с гендерной дисфорией в младшем возрасте, могут демонстрировать определенный «спад» симптомов дистресса в подростковом возрасте, переживая «рецидив» во взрослом возрасте. Согласно данным исследований, проведенных в Северной Америке, и Нидерландах, продемонстрировано, что у лиц мужского пола, назначенного при рождении, «сохранность» симптомов гендерной дисфории, варьировалась в диапазоне от 2 % до 39 %. У лиц, отнесенных к женскому полу при рождении, данный показатель варьировался от 12 % до 50 %. «Устойчивость» симптомов гендерной дисфории умеренно коррелирует с измеряемыми показателями тяжести состояния, установленными во время «первичной оценки» в детском возрасте. Результаты проведенных исследований демонстрируют высокую распространенность сексуального влечения к лицам того пола, который был

назначен при рождении, независимо от того, как протекает гендерная дисфория в подростковом возрасте. У части лиц, у которых к подростковому возрасту нет симптомов гендерной дисфории, в большинстве случаев идентифицируют себя как геи, лесбиянки, или бисексуалы. Группа людей с ранним/препубертатным началом гендерной дисфории, достаточно часто обращается за специализированной помощью (подтверждающей пол), в детском, подростковом, или в молодом взрослом возрасте. Это может служить отражением степени выраженности симптомов гендерной дисфории, в сравнении с людьми, с поздним/постпубертатным началом гендерной дисфории, по причине чего, проявления дистресса могут быть более изменчивыми, и менее выраженными.

Гендерная дисфория, ассоциированная с нарушением полового развития.

Пациенты с различными формами нарушений полового развития (DSD), могут демонстрировать определенные формы гендерно-неконформного поведения, начиная с раннего детства, в достаточно «предсказуемом» диапазоне, зависящие от определенного синдрома DSD, и гендерной принадлежности. Порог поддержки в рамках социального и медицинского гендерного перехода у несовершеннолетних традиционно были намного ниже у пациентов с DSD, в сравнении с лицами без клиники DSD. По мере того, как пациенты с некоторыми формами DSD начинают осознавать свое состояние, и понимать, что с ними происходит, многие из них, начинают испытывать чувство «неуверенности» в отношении своего пола, в отличие от твердого убеждения, что они являются людьми другого пола.

ФАКТОРЫ РИСКА И ПРОГНОЗ

Характерологические особенности: результаты проведенных исследований демонстрируют, что высокая степень выраженности гендерного несоответствия, и более старший возраст, на момент «первичного» обращения, повышают вероятность сохранения симптомов гендерной дисфории в подростковом, и взрослом возрасте.

Генетические и физиологические факторы: результаты исследований демонстри-

руют, что гендерная дисфория имеет полигенетическую основу, включающую взаимодействие нескольких генов и полиморфизмов, которые могут влиять на внутриутробную половую дифференциацию головного мозга, способствуя возникновению гендерной дисфории у лиц мужского пола при рождении. Применительно к эндокринным показателям, у лиц 46, XY с симптомами гендерной дисфории в результате проведенных исследований, не было обнаружено эндогенных системных отклонений в уровне половых гормонов. При этом, у лиц 46, XX наблюдался повышенный уровень андрогенов (в диапазоне, который наблюдается у женщин с гирсутизмом), но намного ниже физиологического уровня у мужчин. При гендерной дисфории, ассоциированной с нарушениями полового развития (DSD), вероятность формирования более «позднего варианта» гендерной дисфории увеличивается, если пренатальная продукция и утилизация (посредством механизма чувствительности рецепторов) андрогенов сильно отличаются от таковых, которые обычно наблюдаются у людей с тем же назначенным полом. При этом, следует понимать, что пренатальная «андрогенная среда» более тесно связана с гендерным поведением, чем с гендерной идентичностью. У многих людей с нарушениями полового развития (DSD), и выраженным гендерно-вариативным поведением, гендерная дисфория не развивается.

ВОПРОСЫ ДИАГНОСТИКИ, СВЯЗАННЫЕ С КУЛЬТУРАЛЬНЫМИ ОСОБЕННОСТЯМИ

Лица с клиническими проявлениями гендерной дисфории, встречаются во многих странах, культурах и культурных контекстах по всему миру. Состояние эквивалентное гендерной дисфории было зарегистрировано у людей, живущих в культурных контекстах с «институционализированными» категориями гендерной идентичности (отличными от мужчин/мальчиков, или женщин/девочек), которые могут выступать в роли «триггеров» развития гендерной неконформности. К ним относятся Индия, Шри-Ланка, Мьянма, Оман, Самоа, Таиланд, и ряд коренных народов Северной Америки. Остается открытым вопрос о том,

могут ли в данных культурных контекстах соблюдаться диагностические критерии гендерной дисфории у представителей этносов перечисленных выше стран.

ВОПРОСЫ ДИАГНОСТИКИ, СВЯЗАННЫЕ С ПОЛОМ И ГЕНДЕРНОЙ ПРИНАДЛЕЖНОСТЬЮ

Половые различия согласно количеству обращений в специализированные клиники зависят от возрастной группы. У детей соотношение лиц мужского пола, и лиц женского пола назначенных при рождении, варьируется от 1,25:1 до 4,3:1. По общим оценкам среди лиц взрослого возраста, обращающихся за гендерно-утверждающим лечением, больше лиц мужского пола, назначенного при рождении. Соотношение составляет от 1:1 до 6,1:1 (согласно данным большинства исследований, проведенных в США и странах Европы).

КОРРЕЛЯЦИИ С СУИЦИДАЛЬНЫМИ МЫСЛЯМИ И СУИЦИДАЛЬНЫМИ ФОРМАМИ ПОВЕДЕНИЯ

Согласно опубликованным данным, уровень суицидальности, и попыток самоубийства среди трансгендерных лиц составляет от 30 % до 80 %. У трансгендерных подростков, направленных в специализированные клиники, степень выраженности суицидальных мыслей, и различных форм суицидального поведения значительно выше, в сравнении с подростками, не попавшими в поле зрения врачей. До получения гендерно-утверждающего лечения, и законного изменения пола, подростки и взрослые с гендерной дисфорией подвержены высоким рискам возникновения суицидальных мыслей, наряду с попытками самоубийства. Среди подростков самый высокий уровень попыток самоубийства наблюдается среди трансгендерных молодых людей, за которыми следуют те, кто не отождествляет себя представителями мужского, или женского пола.

ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ НАРУШЕНИЯ, АССОЦИИРОВАННЫЕ С ГЕНДЕРНОЙ ДИСФОРИЕЙ

Гендерное несоответствие может проявляться в любом возрасте, после первых 2 – 3 лет детства, что может служить препятствием к полноценному повседневному

функционированию. У детей старшего возраста гендерное несоответствие может повлиять на отношения со сверстниками, привести к изоляции от референтных групп сверстников, и состоянию дистресса. Многие дети подвергаются различным формам вербального унижения, преследования, или давления, осуществляемых с целью заставить их одеваться в одежду, соответствующую полу, назначенному при рождении. Особенно ярко это проявляется, если они растут в неподдерживающей и неприемлющей их среде. Кроме этого, у подростков и взрослых дистресс, вызванный несоответствием пола, часто мешает повседневной деятельности. Довольно часто возникают трудности в отношениях (включая проблемы в сексе), может быть нарушено функционирование в школе, или в профессиональных областях. Гендерная дисфория ассоциируется с высоким уровнем стигматизации, дискриминации, и виктимизации, что приводит к формированию негативной самооценки, повышению уровня депрессии, рисков суицидальных форм поведения, и других сопутствующих психических расстройств.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ

Несоответствие гендерной роли: клинические проявления гендерной дисфории следует отличать от «простого несоответствия» стереотипному гендерно-ролевому поведению с желанием быть представителем другого пола (в отличие от того, который установлен), коррелирующим со степенью и распространенностью гендерно-вариативных видов сексуальной активности, и интересов. В данном случае диагноз не может быть «простым описанием» несоответствия стереотипному гендерному ролевому поведению («томбоизм» у девочек, «девчачество» у мальчиков, или кроссдрессинг у взрослых мужчин). Учитывая растущую открытость проявлений гендерных различий у людей во всем диапазоне трансгендерного спектра, очень важно, чтобы клинический диагноз был поставлен только тем людям, чей дистресс, и функциональные нарушения соответствуют диагностическим критериям.

Трансвестизм: трансвеститное расстройство диагностируется у гетеросексуальных

(или бисексуальных) подростков, и взрослых мужчин (редко у женщин), у которых женская (у женщин — мужская) одежда вызывает сексуальное возбуждение, а невозможность ее ношения-состояние дистресса, и/или ухудшение функционирования, при этом, не ставя под сомнение их половую принадлежность. В некоторых случаях, подобные проявления сопровождаются гендерной дисфорией. Человеку с трансвеститным расстройством, у которого в состоянии наблюдаются клинически значимые симптомы гендерной дисфории, могут быть поставлены оба диагноза.

Телесное дисморфическое расстройство: пациенты с телесным дисморфическим расстройством, фиксированы на изменении, или удалении определенной части своего тела, потому что она воспринимается ими как «патологически сформированная», а не потому, что данная часть тела выступает в роли «неверно назначенного пола». Если наблюдаемые в состоянии симптомы соответствует критериям как гендерной дисфории, так и дисморфического телесного расстройства, то могут быть поставлены оба диагноза.

Расстройства аутистического спектра: у пациентов с расстройствами аутистического спектра диагностика гендерной дисфории может быть затруднена. На практике очень трудно дифференцировать «потенциальные» сопутствующие расстройства, симптомы гендерной дисфории от «аутистической отгороженности», по причине «конкретного» и «ригидного» суждения о гендерных ролях, и/или недостаточного понима-

ния особенностей социальных отношений, характерных для расстройства аутистического спектра.

Шизофрения и другие психотические расстройства: при шизофрении, достаточно редко в состоянии пациентов возникают бредовые идеи, фабулой которых является принадлежность к другому полу. При отсутствии в психическом статусе пациентов симптомов психотического уровня, аффективно насыщенные идеи человека с симптомами гендерной дисфорией, что он, или она являются представителями другого пола, не считаются переживаниями бредового характера. Шизофрения (или другие психотические расстройства) и гендерная дисфория могут быть сопутствующими заболеваниями.

КОМОРБИДНОСТЬ

У детей с клиническими проявлениями гендерной дисфории, в качестве коморбидной патологии могут наблюдаться тревожные расстройства, деструктивные расстройства поведения, нарушения импульсного контроля, и разнообразные формы депрессивных расстройств. Расстройства аутистического спектра является более распространенной патологией среди подростков и взрослых с гендерной дисфорией, в сравнении с общей популяцией. Подростки и взрослые с клиническими проявлениями гендерной дисфории, зачастую демонстрируют высокий уровень развития коморбидной психической патологии, как отмечалось ранее, наиболее распространенными являются тревожные и депрессивные расстройства.»

Сравнение DSM-V TR и МКБ-11 (комментарий)

Для российских врачей *DSM-V TR* не может быть главной классификационной системой, так как она является национальной (США), хотя и главенствующей в мире. Однако, ее научное, клиническое влияние столь велико, что требует сразу же сравнения ее положений с 11 пересмотром МКБ, вступающим в РФ в действие в ближайшее время. ЭТО ВСТУПЛЕНИЕ БЫЛО НАПИСАНО ЕЩЕ ДО ТОГО МОМЕНТА, когда именно из-за этих глав

МКБ-11 сначала был специальный указ президента РФ **о запрете медицинских вмешательств, направленных на смену пола, если они не обусловлены медицинскими показаниями** (в дополнение закона о запрете пропаганды нетрадиционных сексуальных отношений, педофилии и смены пола от 5 декабря 2022 г.), а затем премьер-министр подписал распоряжение о приостановке внедрения в России Международной классифика-

ции болезней и проблем, связанных со здоровьем, 11-го пересмотра (МКБ-11), В Минздраве РФ сообщили, что приостановлено внедрение МКБ-11 в России из-за жалоб в части возможного противоречия классификации традиционным ценностям именно по разделу сексуальных и гендерных проблем. Таким образом, именно два этих раздела психиатрической классификации новой МКБ привели к тому, что откладывается переход и по всем другим разделам МКБ-11!!!

ГЕНДЕРНАЯ ДИСФОРИЯ. Самое главное отличие между МКБ-11 и DSM-V состоит в том, что в последней категории, относящейся к гендерной идентификации, являющейся частью классификации психических расстройств, *т.е. международная классификация «бежит впереди паровоза»*, в данном вопросе оказываясь гораздо «революционнее», а обычно «модернистская» DSM остается на более «консервативных», а точнее на классических клинических позициях. И детские, и взрослые формы расстройства гендерной идентификации в DSM-4 были переименованы в DSM-VTR в «Гендерную дисфорию», характеризующуюся «выраженным несоответствием между ассоциированным и приписанным при рождении полом, на протяжении как минимум 6 месяцев», или «клинически выраженным дистрессом, или дезадаптацией в социальной, школьной или другой важной сфере жизни». Целью МКБ-11 является включение группы «Гендерного несоответствия детского и зрелого возраста» в другой класс «Состояний, связанных с сексуальным здоровьем», который объединяет медицинские и психологические аспекты. Представленные в МКБ-11 критерии показывают, что дистресс и дисфункция не являются обязательными составляющими гендерного несоответствия, они могут возникать под влиянием враждебно настроенного социума (такого уточнения нет в DSM-VTR). Люди с трансгендерным несоответствием находятся в группе риска проявления психологического дистресса, психиатрических симптомов, социальной изоляции, выпадения из школьного коллектива, сложностями при трудоустройстве, бездомности, нарушения внутрисемейного взаимодействия,

травм, изгнанием из социума, стигматизации, виктимизации и подвержены жестокости со стороны окружающих. В то же время, в странах с либеральным законодательством и полицией, молодые трансгендерные люди, живущие в благоприятной атмосфере, все еще ищут медицинской помощи, несмотря на отсутствие дистресса. МКБ-11 декларирует возможность ее получить более «свободно», чем даже в DSM-VTR. Перед концепцией гендерной дисфории, представленной в DSM-VTR, все же стоит задача: как отличить дистресс и дисфункцию, связанные с отношением социума к трансгендерным людям (например, жестокостью, стигматизацией) и дистресс, вызванный нарушением половой идентификации как таковой. Нельзя сказать, что в пояснениях к разделу это четко определено. Как считают разработчики МКБ-11 (а среди них немало американских психиатров) дистресс и дисфункция проявлялись острее при негативной реакции и жестокости со стороны социума. Эти данные дают основания в пользу концепции МКБ-11 и исключении гендерного несоответствия из группы психических расстройств, что повторюсь — явное нарушение методологии психиатрии, как клинической медицинской дисциплины. Между МКБ-11 и DSM-VTR существует несколько технических различий в отношении данных категорий. Наиболее существенное заключается в том, что DSM-VTR предлагает постановку диагноза дисфории детского возраста на основании продолжительности проявления признаков только в течение 6 месяцев, в отличие от предложенной в МКБ-11 двухлетней длительности, а также не устанавливает нижнюю границу возраста для постановки данного диагноза. См. ниже

Все главы и разделы классификации DSM-VTR предваряются достаточно подробным введением с объяснением терминов, феноменов, а иногда и симптомов. Раздел гендерной дисфории не является исключением, поэтому сразу же разъясняются понятия «пол» и «секс» с учетом специфики английского языка и вариативности понимания этих терминов в других культурах (такое внимание противоречит убеждениям многих людей, особенно в России, о «ве-

Таблица 1. Состояния, связанные с нарушением гендерной идентификации в МКБ-11 и DSM-VTR

МКБ-11	DSM-VTR	Комментарии
Класс: Состояния, относящиеся к сексуальному здоровью Блок: Гендерное несоответствие Подрубрика: Гендерное несоответствие в подростковом и зрелом возрасте	Блок: Гендерная дисфория Категория: Гендерная дисфория в подростковом и зрелом возрасте	● МКБ-11 не классифицирует гендерное несоответствие как психическое расстройство и расстройство поведения; <i>Гендерная дисфория считается психическим расстройством в DSM-V.</i> ● МКБ-11 фокусируется на несоответствии между ассоциируемым и приписанным при рождении полом; <i>DSM-V подчеркивает конфликт, связанный с гендерной идентификацией в названии категории и критериях диагностики.</i> ● МКБ-11 включает в себя 4 главных критерия, наличие двух из которых является основанием для постановки диагноза; <i>DSM-V включает в себя 6 критериев, наличие двух из них служит поводом для постановки диагноза.</i> ● В МКБ-11 дистресс и дисфункция описаны, как связанные между собой критерии, в частности, и с социальной средой, но не являются обязательными; <i>в DSM-V диагностическое значение имеют дистресс и дисфункция.</i> ● МКБ-11 учитывает длительность проявления признаков в течение нескольких месяцев; <i>DSM-V — 6 месяцев</i>
Подрубрика: гендерное несоответствие в детском возрасте	Гендерная дисфория в детском возрасте	● <i>МКБ-11 включает в себя 3 важных критерия, имеющих диагностическое значение; в DSM-V, включены 8 диагностических критериев, наличие 6 из которых является обязательным для постановки диагноза.</i> ● В МКБ-11 дистресс и дисфункция описаны, как связанные между собой, в том числе и с социальной средой, но не являются обязательными для постановки диагноза; <i>в DSM-V дистресс и дисфункция имеют диагностическую значимость.</i> ● МКБ-11 учитывает длительность симптоматики в течение не менее 2 лет, обращая внимание на то, что диагноз не может быть поставлен ребенку младше 5 лет; <i>DSM-V учитывает длительность симптоматики в течение 6 месяцев и не ограничивает возраст ребенка для постановки диагноза</i>
Рекомендовано к исключению	Другие специфические гендерные дисфории	● Рекомендовано к исключению из МКБ-11 в целях предотвращения неверного употребления термина в клинике
Рекомендовано к исключению	Неспецифическая гендерная дисфория	● Рекомендовано к исключению из МКБ-11 в целях предотвращения неверного употребления термина в клинике

ликодержавном, презирующим весь мир» англоязычном Западе).

Особо это важно для богатого русского языка, где понятия пол и секс четко разведены в семантическом плане, например: половое воспитание — это система мер педагогического воздействия на детей и подростков с целью создания у них правильного представления о сущности взаимоотношений полов и воспитании норм поведения; сексуальное же просвещение («воспитание») — это обучение вопросам, касающимся человеческой сексуальности, включая эмоциональные отношения и обязанности в отношениях с половым парт-

нёром, репродуктивную систему сексуальную активность, половое размножение, возраст согласия, репродуктивные и сексуальное здоровье, репродуктивные права, средства контрацепции и безопасный секс.

Гендер в современном понятии включает в себя общественно-социокультуральное явление, в том числе определение себя по полу, по поведению, причем, в первую очередь, именно в связи с половой ролью, а не с сексуальной ориентацией. Биологическая составляющая, т.е. «пол» — необходимое условие, которое присутствует, но не определяет «фенотипический пол». Это противоречит традиционной точки зрения, что биологический

пол однозначно определяет гендер (социально исторические термины «назначенный пол», и «назначенный гендер»). Указывается, что «Гендерно-неконформные состояния», «гендерные варианты», «гендерное разнообразие», относятся к т.н. «альтернативным» немедицинским терминам, не могут быть «диагнозом» медицинским, а тем более психиатрическим. Диагнозом же теперь может быть *Гендерная дисфория*. Сразу же проявляется и шаткость такого утверждения, ведь гендерная дисфория *используется* и как общий описательный термин для состояния дистресса (не «болезненного», а, например, вследствие социальной стигмы?!), которое может сопровождать несоответствие между отождествляемым (принимаемым) человеком полом, и присвоенным ему полом. *К большому сожалению, сначала в DSM-VTR, а затем и в МКБ-11 исключается понятие транссексуализм, так как транссексуализм всего лишь «исторический термин», обозначающий человека, который стремится к изменению пола, проходит через это и т.п.* Четкая феноменологические, синдромальные, да и фактически нозологические классификации Н. Benjamin, А. О. Бухановского отбрасываются как несуществующие (!) По А. О. Бухановскому «Транссексуализм — врожденное аномальное состояние личности, сущностью которого является полярное расхождение и грубое несоответствие формирующегося психического пола биологическому и гражданскому». Фактически при транссексуализме имеет место *стойкая тотальная альтернативная инверсия половых особенностей психики по отношению к половой конструкции организма и ожидаемому требуемому обществом стилю поведения*. Не вызывает сомнений, что это расстройство типа «патоса» не является истинно психиатрическим или сексологическим, так как **отсутствует классическая психопатология**, но оно должно оставаться в компетенции психиатров, которые могут дифференцировать транссексуализм с сходными состояниями.

В плане этих рассуждений перенос в МКБ-11 именно транссексуализма (ТС) в отдельный блок гендерного несоответствия был бы совершенно оправдан (но только не в класс состояний, относящихся к сексу-

альному здоровью, несмотря на упоминание «секс» в названии). *Исключение ТС как отдельного диагноза противоречит клиническому подходу, способствует грубой «анологичности»; не вызывает сомнений, что в будущем ТС снова будет не только клинической реальностью, но и самостоятельным диагнозом даже в полностью дименсиональной классификации.* В обсуждении использования термина ТС как диагноза при неприятии вначале в DSM-VTR, а затем и в МКБ-11 не скрывалось, что исключение связано больше с тем, что Транс-сообщество в целом не согласилось с термином «транс-сексуал», потому что он чрезмерно медикализует транс-опыт и **слишком много внимания уделяет диагностике**, именно поэтому и появился термин «трансгендер» с целью нарушить медицинскую монополию на переход, который подразумевал транссексуал. С нашей точки зрения, именно при постановке диагноза транссексуализма «психиатризация» фактически заканчивается (хотя выставлять диагноз этого расстройства должны только психиатры), человек будет признаваться психически здоровым, но имеющим сложнейшую аномалию несовпадения биологического и психического пола, вследствие чего он будет самостоятельно принимать решение о сохранении или изменении своей гендерной идентификации. В подробном феноменологическом (но не всегда даже симптоматическом) описании гендерной дисфории указывается, что у детей, подростков, и взрослых, с гендерной дисфорией наблюдается повышенная распространенность черт аутистического спектра. Совершенно неожиданно постулируется, что и пациенты с расстройством аутистического спектра гораздо чаще демонстрируют гендерное разнообразие. *Последнее, с нашей точки зрения, связано с огромным расширением вообще спектра «аутистических расстройств», ведь при синдроме Каннера было бы странно встретить трансгендерность, а вот при аутистических расстройствах в рамках все же «шизофренического» спектра (по Э. Блейлеру) это действительно встречается очень часто (А. В. Дьяченко и соавт.).* Подростки и взрослые с гендерной дисфорией до начала лечения, подтверждающего пол, и процедуры легальной смены пола, подвержены повышенному риску возникновения про-

блем с психическим здоровьем, включающих суицидальные мысли, попытки самоубийства, вплоть до завершённого суицида. Вывод о том, что *«После смены пола адаптация к новым условиям жизни может меняться в лучшую сторону, а риск самоубийства, и проблемы с психическим здоровьем могут сохраняться»* представляется не совсем логичным — как же улучшение «качества жизни» приводит к самоубийству? Нет объяснений, почему у людей, совершивших «трансгендерный переход» (без «долговременной диагностики», чаще всего) достоверно возрастает суицидальный риск, только «намекается» значимость коморбидных «классических» психических расстройств. Клинико-динамическое описание гендерной дисфории очень подробное, с четким разделением особенностей детского и раннего пубертатного возраста, поздне-пубертатного и взрослого возраста. Не скрывается, что во втором варианте очень многие сообщают о том, что «не помнят» никаких признаков гендерной дисфории в детском возрасте. Родители людей с вариантом гендерной дисфории пубертатного/постпубертатного возраста, часто выражают недоумение, поскольку в детстве они не замечали у них каких-либо значимых признаков гендерной дисфории. Но не указывается, каковы причины внезапной дисфории, особенно с быстрым формированием полного отвержения своего биологического пола и пола вообще, как с т.н. «агендерами». Тут же приводятся результаты исследований: гендерная дисфория имеет полигенетическую основу, включающую взаимодействие нескольких генов и полиморфизмов, которые могут влиять на внутриутробную половую дифференциацию головного мозга, способствуя возникновению гендерной дисфории у лиц мужского пола при рождении, но нет объяснений, почему она у некоторых не проявляет себя иногда до очень зрелого возраста. Дифференциальная диагностика «необыкновенно важна», проводить ее надо:

- с «простым несоответствием» стереотипному гендерно-ролевому поведению с желанием быть представителем другого пола, т.е. с «желаниями здоровых людей»;
- трансвестизмом (человеку с трансвеститным расстройством, у которого в состоянии наблюдаются клинически значимые

симптомы гендерной дисфории, могут быть поставлены оба диагноза);

- телесным дисморфическим расстройством (если наблюдаемые в состоянии симптомы соответствуют критериям как гендерной дисфории, так и дисморфического телесного расстройства, то могут быть поставлены оба диагноза). Есть даже указание, что можно ставить коморбидное заболевание даже у тех пациентов, кто желает ампутировать здоровую конечность (?!!), хотя у таких людей все же больше желания жить «ампутантом»;

- расстройствами аутистического спектра;

- шизофренией и другими психотическими расстройствами: гендерная дисфория могут быть сопутствующими заболеваниями и при психозах. Указывается, что это редкость, на самом деле — клиническая реальность, описанная еще Ф. Крафт-Эбингом, З. Фрейдом, Э. Крепелиным, и другими. Ни слова не говорится в этом разделе об огромном количестве пациентов «шизофренического спектра», но без развернутых психозов (только «квази...»), согласно современным воззрениям в рамках различных вариантов «шизотипии», хотя по данным 30-летнего катамнеза (ЛРНЦ «Феникс», кафедра психиатрии Ростовского ГМУ) при обследовании более чем 1000 больных (!) — именно пациенты с шизотипическим расстройством пубертатного и юношеского возрастов чаще всего обращаются с просьбой коррекции пола.

ВОЗ указывает, что «лучший вариант медицинской помощи для трансгендеров по своему определению мультидисциплинарный». «Однако в некоторых странах (к ним, по всей видимости, относится и РФ) психиатры, к сожалению, являются «бюрократами», которые лишь обеспечивают соблюдение сложных и обременительных требований для получения необходимой помощи, якобы чтобы убедиться, что транссексуалы уверены в своем решении найти медицинскую помощь для того, чтобы изменить свое тело в соответствии со своей самоидентификацией». Споры среди специалистов, занимающих диаметрально противоположные позиции в нашем российском психиатрическом сообществе очень резки и «принципиальны» — от специалистов, не признающих трансгендерные симптомы и синдромы в рамках разнообраз-

ных психических расстройств (шизофренического, аутистического, психопатического, патосексуального и др.) до других профессиоаналов, уверенных в том, что истинная трансгендерность возможна только в случаях транссексуализма. На наш взгляд, более опасен «либеральный» подход, декларирующий минимальные диагностические задачи (разрешение на смену пола в виде справки государственного образца буквально за одну беседу), так как приводит к весьма частым необратимым или трудно корректируемым последствиям, как для психического, так и соматического здоровья. *Но и обратный «избирательно запретительный» подход с принятием законодательных решений по проблеме трансгендерности как «рекламе враждебного традиционному российскому обществу ЛГБТ» недопустим.*

ПАРАФИЛИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА.

Сохранено традиционное название «парафилии» согласно используемому в научной литературе и клинической практике (возможно на это ориентировались международные эксперты, возвращая этот термин в МКБ-11 вместо названия «расстройства сексуального предпочтения в МКБ-10»). Во многих отношениях DSM-VTR оказало значимое влияние на изменение рубрик в МКБ-11. В то же время имеются существенные различия между данными диагностическими системами. Садомазохизм, фетишизм и фетишистский трансвестизм включены в DSM-VTR под названием «Психические расстройства», в то время как в МКБ-11 эти состояния могут быть диагностированы в рубрике «Другие парафилии», включающей особенности поведения отдельно взятой личности или затрагивающее посторонних, если оно ассоциировано с выраженным дистрессом или значительным риском повреждений или смерти. В DSM-VTR был сохранен критерий длительности расстройства 6 месяцев, в МКБ-11 — более гибкая система.

Другие особенности приведены в табл. 2.

DSM-VTR не решала задачу разрешения вопроса относительно того, как лучше разделить состояния, относящиеся к общественному здоровью и клинической психопатологии с одной стороны и поведением в личной жизни, которое не должно попадать в фокус медицинских классификация, с другой сто-

роны. *Поэтому, в DSM-VTR нет «чисто социального» разделения парафилий на те, кто наносит или не наносит вред «окружающему живому».* Хотя при выделении основных категорий (традиционных с момента классификации У. Мастерса и В. Джонсона) указывается, что именно эти восемь расстройств чаще других влекут за собой действия, при реализации которых, по причине вреда, или потенциального вреда для других, классифицируются как уголовные преступления. *Явным методологическим изъяном является определение парафилий как любой формы выраженного и постоянного сексуального поведения (интереса), кроме сексуального интереса к стимуляции гениталий, или подготовительным ласкам, к фенотипически и физически зрелым, согласным на это партнерам.* Во-первых, сразу приходится оговариваться, что это не касается психически здоровых людей преклонного возраста или же соматически больных, например, инвалидов; во-вторых, что самое главное — *приходится указывать на наличие «специфических парафилий», которые в целом, лучше описывать как избирательные (а не выраженные и постоянные!!) формы сексуального поведения (интереса).* Фактически речь идет о крайних формах нормативного сексуального, а не парафильного поведения, которые следует называть «девиациями». Очень тавтологически путано заявляется, что сама по себе парафилия не обязательно приводит к развитию парафилического расстройства, или требует врачебного вмешательства. *Фактически в пояснении указывается, что если есть парафильный интерес или даже парафильное поведение (?), но если оно не реализуется с негативными последствиями (дистресс, развитие функциональных нарушений, или применение вреда другим людям), то диагноза, т.е. расстройства (болезни) нет.* Этот критерий различения девиации («парафилии») парафильного расстройства не точен в клинико-динамическом аспекте, так как на первой стадии любого парафильного расстройства реализации могут быть единичными или отсутствовать, существуя как «обсессивное» влечение. *В американской классификации, также как и в МКБ всех пересмотров, нет самого значимого критерия — зависимого сексуального поведения (Patrick Carnes, Буханов-*

Таблица 2. Классификация парафилических расстройств в МКБ-11 и DSM-V.

МКБ-11	DSM-VTR	Комментарии
Класс: Психические расстройства и расстройства поведения Рубрика: Парафилические расстройства	Группа: Парафилические расстройства	В МКБ-11 изменили название рубрики в целях соответствия с терминами, предложенными в научной литературе и клинике; занимает позицию наравне с DSM-V .
Категория: Педофилия	Категория: Педофилия	• диагностика по DSM-V основана на функциональных нарушениях, без оценки возникновения этого нарушения; • по DSM-V диагноз можно поставить на основании внутриличностного конфликта, без сопутствующих действий, дистресса и дисфункции; • DSM-V включает в себя ряд признаков, имеющих сомнительную достоверность диагностики.
Категория: Садизм принудительного характера	Не включено	• не является эквивалентом садизму сексуального характера DSM-V, где не проводится параллель между привлечением согласных и несогласных граждан.
Рекомендовано к исключению	Расстройства сексуального мазохизма	DSM-V: традиционное выделение этой категории.
Рекомендовано к исключению	Категория: Расстройства сексуального садизма	DSM-V: традиционное выделение этой категории.
Рекомендовано к исключению	Категория: Фетишизм	DSM-V: традиционное выделение этой категории.
Рекомендовано к исключению	Категория: Трансвестизм	DSM-V: традиционное выделение этой категории.
Рекомендовано к исключению	Категория: Другие специфические парафилические расстройства	В МКБ-11 разделена на 2 категории: а) с привлечением посторонних лиц без их согласия; б) не вовлекая посторонних лиц

ский А. О.) включающего в себя: собственно обсессивнокомпульсивное влечение; психофизический дискомфорт вне подготовки и реализации сексуальных эксцессов; увеличение продолжительности аномального сексуального поведения в виде многоэпизодности; снижение возможности контролировать свое поведение в период эксцесса; уменьшение «психотропного» эротизирующего эффекта вследствие частого повторения; нарушение парности сексуальной функции из-за нарастающего аутоэротизма. Концепция «болезней зависимого поведения» (за исключением химической) остается спорной. В отношении же сексуального поведения социально-психологическая модель утверждает, что медикопсихиатрическая модель наличия болезненной зависимости от человеческой сексуальности может

привести к патологизации нормального поведения. В действительности, все обстоит наоборот — именно концепция наличия болезненной зависимости четко категориально, а не дименсионально позволяет различить болезнь и пограничные девиантные неболезненные формы. При разработке DSM-VTR многие американские психиатры (Irons, R.; Irons, J. P. et al.). предлагали ввести именно понятие сексуальной зависимости для разделения парафилии/парафилического расстройства, но и в 2013 году (принятие основной версии DSM-V), и в 2022 году (опубликование DSM-V-TR) эти предложения были отклонены, несмотря на то, что Американское общество наркологов (ASAM) еще в 2011 году включило в раздел болезней зависимого поведения сексуальные и игровые зависимости.

Изменения личности при воздействии кумулятивного травматического стресса

Е. В. Снедков¹ (Санкт-Петербург)

В 1928 г. вышла в свет повесть Алексея Толстого «Гадюка». Её героиня Ольга Зотова — юная купеческая дочь, приветливая и мечтательная. В России гражданская война. В дом ворвались бандиты, убили родителей, разграбили имущество. Ольга с тяжёлыми травмами попала в госпиталь. Там познакомилась с раненым красноармейцем и вскоре стала бойцом кавалерийского эскадрона. В одном из боёв товарищ погиб, сама была ранена. После лазарета продолжила сражаться, пережила ещё много ужасов войны, смертей и лишений.

Ольге 22 года. Вернулась с войны опустошённой, ранимой, жёсткой, импульсивной, не может вписаться в обычную жизнь. Малейшие провокации вызывают неконтролируемые взрывы ярости. Сотрудники на работе, соседи по коммунальной квартире вместо понимания и поддержки отвергают её. Установить дружеские отношения не удаётся. Ольга не может наделить свой боевой опыт смыслом, ощущает себя преданной обществом, ненужной, одинокой. Будущее представляется мрачным. Посещают мысли о суициде. В финале повести развивается стресс-индуцированное сужение сознания с высвобождением нажитых на войне автоматических навыков реагирования и совершением убийства обидчицы.

Итак, героиня приобрела на войне качественно новые свойства. Мировосприятие, характер, формы реакций на стресс стали совсем другими. От некогда жизнелюбивой, добросердечной барышни почти не осталось следа.

В те же годы появились мировые шедевры, авторы которых Михаил Шолохов («Тихий Дон», 1925 – 1932), Эрих Мария Ремарк («На Западном фронте без перемен», 1929; «Возвращение», 1931), Эрнест Хемингуэй

(«Прощай, оружие», 1929), Ричард Олдингтон («Смерть героя», 1929) сами были участниками войн. Стили, сюжеты произведений очень разные, а описывается в них аналогичный паттерн личностных трансформаций, обуславливающих неспособность ветеранов найти себе место в жизни.

Последствия участия в войне бывают во все маргинальными. После любых более или менее длительных войн по территориям стран-участниц всегда прокатываются волны преступности. Не секрет, что и после Великой Отечественной войны наша страна была наводнена бандитами всех мастей (<https://life.ru/p/1534807>). Роман братьев Вайнеров «Эра милосердия» (1975), его экранизация «Место встречи изменить нельзя» (1979) основаны на реальных событиях. И герои, и антигерои — вчерашние фронтовики, вместе победившие лютого врага, теперь вступившие в схватку меж собой. Бесспорно, поддержка со стороны общества имеет важнейшее значение для реадaptации ветеранов. И всё же, какой бы ни была война — локальной, мировой, освободительной, империалистической, она всегда содержит в себе потенциал деструктивного воздействия на личности и судьбы вовлечённых в неё людей.

Разумеется, психиатры не обошли вниманием эту актуальную во все эпохи существования человечества проблему.

Обобщая опыт русско-японской и первых месяцев Первой мировой войн, Владимир Бехтерев (1914/1915) впервые выделил отличительные особенности боевой психической травмы (БПТ). Это тревожно-депрессивная окраска переживаний наряду с готовностью к брутальному агрессивным вспышкам и с ростом потребления алкоголя. Пик манифестаций психических расстройств происходит не на фронте, а после возвращения к обычной жизни. Этиологическим фактором является комплекс патогенных факторов боевой обстановки. «Симпто-

¹ Санкт-Петербургская психиатрическая больница св. Николая Чудотворца. Печатается в авторской редакции.

мы не имеют связи со «слабохарактерностью», — подметил Бехтерев, — и исчезают в случае нового столкновения с реальной боевой ситуацией» [2]. Иными словами, порождённая патогенной средой болезненная симптоматика при возвращении в эту же самую среду, казалось бы, парадоксальным образом редуцируется. Роль конституциональных факторов в её происхождении ничтожна.

Пётр Ганнушкин (1926) талантливо описал свои наблюдения бывших участников гражданской войны — «молодых энтузиастов, годами работавших на границах и фронтах республики, изо дня в день совершавших исключительные подвиги, десятками раз бывших на волос от смерти, ... и в течение двух, трех лет такой напряженной борьбы не выдержавших этой жизни и потерявших свой жизненный тонус, ... утративших и силу, и красоту, и яркие краски своей психики». Ганнушкин доказывал, что «длительные и интенсивные нравственные потрясения оставляют после себя совершенно определённые следы и изъяны». В клинической картине «нажитой психической инвалидности» он выделил три группы симптомов: эпилептоидные изменения личности, приступы депрессии и «прочие расстройства, связанные с наличием неотреагированных психотравм» [3].

Василий Гиляровский (1944, 1946) указал на существенные отличия клиники и патогенеза БПТ от психопатологии мирного времени: «Условия ведения боевых действий создают новые картины, возникающие не совсем по тем механизмам, с которыми врачи были знакомы раньше. ... Нужно считать не только с конституцией, но и с изменениями личности, образовавшимися в результате неблагоприятных воздействий боевой обстановки». Их глубина пропорциональна экспозиции боевого стресса: «В первые месяцы констатируется лёгкая нервность, тогда как более тяжёлые картины развиваются через два-три года военной работы» [4, 5].

Груня Сухарева (1945) заострила внимание врачей на том, что отражение ужасающих впечатлений боевой обстановки в переживаниях комбатантов не информативно ни для диагноза, ни для прогноза. «Видеть в этих внешних признаках существенное от-

личие психических заболеваний военного времени было бы грубой ошибкой». «Эти заболевания нельзя рассматривать как сугубо идеогенные и только через призму психологически понятных связей: речь идёт о более глубоких церебрально-биологических сдвигах, обусловленных эмоциональным и соматическим истощением» [12].

Учитывая известную однотипность приобретённых на войне личностных изменений, Владимир Лыткин (2001) концептуализирует их совокупность как «комбатантную акцентуацию личности». В популяции ветеранов её глубина варьирует от латентных форм до грубой психопатизации. Она нередко осложняется алкогольной зависимостью. «Комбатантная акцентуация» может становиться «почвой» для возникновения различных психических и психосоматических заболеваний [7].

Зарубежные военные психиатры к числу типичных черт комбатантных изменений личности относят привычку оценивать происходящее с точки зрения потенциальной опасности, нестабильность аффектов, насторожённость, импульсивность, нажитой автоматизм реакций на внешнюю угрозу; чувство вины перед погибшими товарищами и-или вины за лично проявленную жестокость; восприятие себя обманутым и преданным обществом; чувство перечёркнутого будущего, подавленность, отчуждённость, склонность к алкоголизации, внезапным вспышкам агрессии и-или аутоагрессии [13 – 15, 20, 22, 23, 25, 32 – 34].

Предлагались метафорические дефиниции комплекса этих специфических изменений: «синдром выжившего» [20], «синдром старого сержанта» [23].

Итак, личностные изменения представлены центральной проблемой реадаптации ветеранов к мирной жизни и в произведениях писателей-фронтовиков, и в трудах не понаслышке знакомых с БПТ клиницистов. Симптомы, ныне перечисленные в диагностических критериях «посттравматического стрессового расстройства» (ПТСР) (F43 МКБ-10), если ими и упоминались, то как постепенно редуцирующиеся явления. Психофармакологии в те годы не было.

Согласно концепции Ганса Селье, однократное экстремальное воздействие организм компенсирует за счёт имеющихся ре-

зервов. Длительный стресс влечёт глубокую адаптационную перестройку функциональных систем; её структура определяется специфическими свойствами стрессора. Структурный след адаптации обеспечивает ускоренный и более экономный ответ организма при повторном аналогичном воздействии. Чем мощнее стрессор, тем этот след прочнее. Повышение избирательной стрессоустойчивости сопровождается формированием психобиологических изменений, которые при определённых условиях могут оказаться патологической «ценой адаптации» [31].

Сущность реактивных психобиологических трансформаций в боевой обстановке заключается в закреплении памятного следа поведенческих навыков, имеющих первостепенное значение для сохранения жизни и выполнения поставленных задач. Совершенство специфической адаптации к боевым стрессорам возрастает с увеличением их экспозиции. Всё более устойчивыми становятся восприятие враждебности окружающей среды, тревожная насторожённость, активизация внимания и оборонительных рефлексов; автоматизация боевых навыков, готовность к импульсивной защите от опасности путём укрытия либо уничтожения её источника; подавление эмпатии, «уход» от оценки ряда нравственных проблем, сужение эмоционального диапазона; привычка действовать вопреки угрозе собственной жизни; способность к коллективной индукции; экстремальный режим нейровегетативного обеспечения.

Резко контрастируя с требованиями мирной жизни, в последующем эти прочно укоренившиеся приспособительные изменения становятся причиной социально-психологической дизадаптации² ветеранов и в случаях развития постстрессовых заболеваний оказывают мощное патопластическое влияние на их картины.

Собственный клинический материал составили 658 случаев госпитализаций военнослужащих 40 армии в Афганистане в психиатрическое отделение Кабульского центрального военного госпиталя по поводу боевых стрессовых расстройств в период с июля 1986 по декабрь 1988 г. Помимо клинического обследования, применялись патопсихологические методики: сокращённый вариант ММРІ, патохарактерологический

диагностический вопросник (ПДО) А. Е. Личко, 16-факторный личностный вопросник Кеттелла, вопросник Айзенка, клинический опросник для выявления и оценки невротических состояний К. К. Яхина и Д. М. Менделевича, шкала Спилбергера-Ханина, пиктограммы, тесты Люшера, Розенцвейга и незаконченных предложений. Выборочно использовались комбинации 3 – 4 методик из перечисленных. Солдаты срочной службы, госпитализированные по поводу реактивных состояний, после лечения признавались негодными к службе в Афганистане и заканчивали её во внутреннем военном округе. У 71 из них через 4 – 5 лет удалось собрать катамнез. Госпитализированные в связи с аддиктивным поведением при отсутствии сформированного синдрома зависимости во избежание возникновения в войсках нарконаправленного «синдрома эвакуации» возвращались в свои части.

Ниже представлены фрагменты проведённого в 1990-х годах анализа этого материала [10], имеющие прямое отношение к рассматриваемой проблеме.

Феноменология боевых стрессовых расстройств может быть разделена на два ведущих кластера.

Мы доказали, что среди военнослужащих, недавно прибывших на театр военных действий (ТВД) (в первые недели/месяцы) преобладает пассивное реагирование в виде тревожных, соматоформных и диссоциативных расстройств, уходов из части, самоповреждений, суицидальных тенденций. Возникновение этих реакций связано с личностной уязвимостью и свидетельствует о несостоявшейся адаптации.

С увеличением продолжительности пребывания в боевой обстановке нарастает частота агрессивных и иных активно-разрушительных форм поведения. Враждебность чаще проявляется на невербальном уровне и отличается брутальной импульсивностью. Формирование импульсивного агрессивного реагирования вторично по отношению к состоянию хронической тревоги и является результатом, «ценой» адаптации.

Один из иллюстративных примеров — корреляции нарастания регресса поведения с экспозицией боевого стресса, выявленные при совместном анализе случаев госпитали-

Таблица 1. Зависимость форм поведенческих девиаций от средней продолжительности службы (*M*) в Афганистане

Формы дизадаптации	<i>n</i> (чел.)	<i>M</i> (мес.)	Уровень ошибки
Самоповреждения, суицидные попытки	50	8,6	$p > 0,05$
Конфликты из-за собственного малодушия	322	8,9	$p < 0,001$
Уходы из расположения воинской части	122	9,2	$p < 0,05$
Самоубийства	10	10,7	$p > 0,05$
Убийства, покушения на убийство сослуживцев	52	10,7	$p < 0,01$
Иные формы агрессии в отношении сослуживцев	141	11,8	$p < 0,01$
Кражи, хищения военного имущества	101	14,3	$p < 0,001$
Участие в групповых правонарушениях	33	14,9	$p < 0,001$
Грабежи, мародёрство	14	16,8	$p < 0,001$

заций и проведённых нами в те же годы судебно-психиатрических экспертиз (табл. 1).

При интерпретации приведённых в табл. 1 данных надо учесть важные замечания.

Во-первых, бесчинства советских военнослужащих в Афганистане безусловно не были массовыми и к тому же жёстко пресекались командованием. Кумулятивный стресс искажает реактивное поведение, «периферию» личности. Ядро личности и связанное с ним инициативное поведение остаются прежними. «Война несёт с собой опасность варваризации и огрубения» (Бердяев Н. А., 1918) для тех, кто и прежде не имел нравственного стержня. Коллективистские нарративы типа «все участники войны — обученные убийцы» — область измышлений.

Во-вторых, закономерности, касавшиеся афганской войны, не универсальны. Если посредством тотального мракобесия и террора немалая часть общества уже превращена в конформную пассивно-агрессивную толпу, её вооружённые представители зверствуют, едва ступив на чужую землю. Так, например, вели себя гитлеровские оккупанты. Первобытные инстинкты толпы не имеют отношения к комбатантным изменениям личности.

Сопоставление результатов обследования методом случайных выборок разных солдат в разные периоды их службы в Афганистане с помощью ПДО А. Е. Личко позволило выявить неуклонное увеличение пропорции лиц с признаками психопатизации и риска социальной дизадаптации. Как видно из

диаграмм на рис. 1, стремительный рост этих показателей начинался после 6 мес. пребывания на ТВД и продолжался вплоть до возвращения на родину.

Наряду со сдвигом границ нормативности поведения, всплеском психогений, ауто- и гетероагрессии кумулятивный стресс в разных странах и в разные эпохи всегда сопровождается резким ростом потребления алкоголя и наркотиков [1, 2, 8, 26, 28].

Алкоголь в исламской стране был труднодоступен. Офицер ещё мог раздобыть авиационный или медицинский спирт. Солдату проще было выменять у афганцев банку консервов или предмет амуниции на наркотик. Между тем, в Афганистане распространялся гашиш из смолы верхушек индийской конопли (*charas*), превосходящий по содержанию каннабиноидов пыльцу или высушенные верхушки (*marijuana*, *ganja*, *bhang*). Героин солдаты употребляли путём сжигания порошка в фольге и вдыхания дыма, реже инъекционно. Суррогаты опийного мака (ханка, маковая соломка) пользовались меньшим спросом. По результатам проведённого в 1986 г. анонимного анкетирования, на афганской войне впервые приобрели наркотический опыт 25,4 % рядового состава 40-й армии. В структуре санитарных потерь психиатрического профиля аддитивные расстройства занимали 2-е место после реактивных состояний [6]. Случаи перехода с гашишной аддикции на опиоидную нам не встречались. Единичные пробы разных наркотиков, разумеется, не в счёт.



Рис. 1. Частота выявления у комбатантов личностных изменений по ПДО в зависимости от продолжительности их службы в Афганистане ($n = 154$; $p < 0.05$)

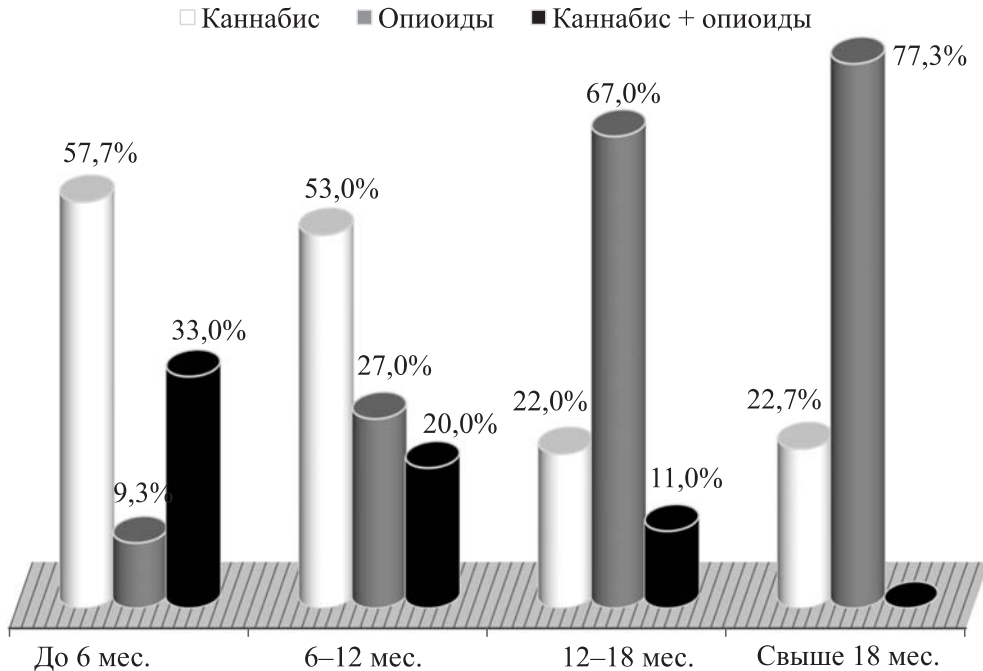


Рис. 2. Выбор наркотика в зависимости от продолжительности службы в Афганистане ($n = 221$; $p < 0.01$)

Нам удалось доказать, что начальный этап формирования химических аддикций был тесно связан с тревожно-депрессивными переживаниями.

Представляет интерес связь выборов вида наркотика с экспозицией боевого стресса. По мере увеличения продолжительности пребывания на войне выбор гашиша или по-

лисуэбантного употребления всё больше сменялся выбором опиоидов (рис. 2).

Опийные аддикты отличались от этих двух групп сравнения более высокими показателями конформности (ПДО; $p < 0.01$), уровня интеллекта (фактор В теста Кеттелла; $p < 0.05$), подозрительности и аффективной ригидности (фактор +L; $p < 0.05$), критичным отношением к наркотизации

Таблица 2. Влияние ПАВ на симптомы ПТСР у ветеранов боевых действий ($p < 0.05$) [16]

Симптомы	Героин	Алкоголь	Бензодиазепи-ны	Марихуана	Кокаин
Интрузивные воспоминания	+	—	—	—	—
Кошмарные сновидения	+	+	—	—	—
«Вспышки прошлого»	+	—	—	—	—
Усиление симптомов при ассоциативных стимулах	+	—	—	—	—
Чувство отчуждения	—	+	—	—	—
Нарушения сна	+	+	+	+	Усиление
Раздражительность	+	—	+	—	—
Насторожённость	+	+	+	—	Усиление
Лёгкая возбудимость	+	+	+	—	Усиление

(93 %; $p < 0.05$), а также редкостью делинквентного поведения в доафганском периоде (5.6 %; $p < 0.01$). Каннабис — психоделик. Алкоголь и опиоиды — седативные психоактивные вещества (ПАВ). Здесь уместно процитировать результаты исследовательской работы Джеймса Брёмнера с соавт. (1996) [16] (табл. 2).

«Классических» реактивных состояний у опийных аддиктов в условиях ТВД мы не наблюдали. Эти эмпирические данные согласуются с результатами исследований, показавших, что применение высоких доз морфина в связи с боевыми ранениями предотвращает развитие ПТСР в последующем [17, 21]. За неимением собственных данных катамнеза солдат, употреблявших ПАВ на афганской войне, приведём данные Ли Робинс (1974; 1993). У 54% ветеранов, употреблявших героин во Вьетнаме, при возвращении домой диагностировался синдром зависимости. 80% из них самостоятельно пережили синдром отмены. Лечение прошёл каждый шестой. В течение трех лет приём героина возобновили 12% [29, 30]. В рутинной практике о таком показателе частоты рецидивов наркологии только мечтают.

Опираясь на критерии Ясперса, стрессиндуцированные аддиктивные расстройства можно считать особой разновидностью реактивных состояний.

Учёные давно ведут поиск средств фармакологической профилактики ближайших и отдалённых последствий травматического стресса. В числе возможных кандидатов рас-

сматриваются опиоидергические субстанции [19, 24, 27, 35]. Между тем опыт показывает, что процент комбатантов, согласных принимать превентивные фармакологические средства, невелик. Ни один стресс-протектор не превзойдёт по привлекательности ПАВ, если не обеспечит искомый эффект «ухода от реальности». Создание препарата с таким свойством будет означать появление нового наркотика. Введение «сухого закона» в действующей армии оборачивается высокой частотой отравлений суррогатами и злоупотреблением нелегальными ПАВ [9, 11]; «наркомовских пайков» — угрозой осложнения последствий БПТ алкоголизмом и потенцированием риска импульсивной агрессии.

Параллельно увеличению продолжительности пребывания в боевой обстановке у участников афганской войны оставалось всё меньше шансов на успешную реадаптацию в условиях мирной жизни (рис. 3). Динамика показателей отражает накопление патофизиологических и патофизиологических изменений на фоне истощения компенсаторных процессов — иными словами, формирование механизма БПТ (повреждения).

Итак, условия и механизм возникновения, клиника и динамика последствий острого и кумулятивного травматического стресса принципиально различаются (табл. 3).

Интрузивные репереживания травматических событий у ветеранов, испытывающих серьёзные проблемы в реадаптации к мирной жизни, отнюдь не облигатны

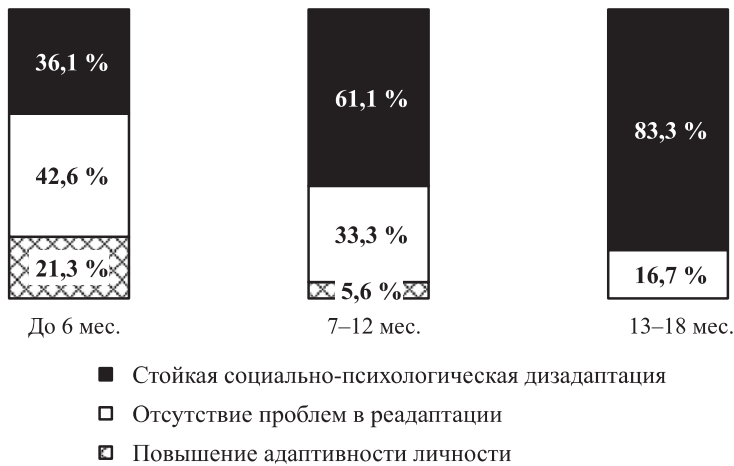


Рис. 3. Катамнез комбатантов, перенёсших реакции боевого стресса, в зависимости от продолжительности их службы в Афганистане ($n = 71$; $p < 0.05$)

и к тому же плохо поддаются объективизации. Критерий избегания ситуаций, ассоциативно связанных с травматическим опытом, в этой популяции редко соответствует действительности. Многие выбирают про-

фессии, связанные с риском; иные вовсе не прочь оказаться на очередной войне. К боевому опыту большинство ветеранов относится амбивалентно: «лучшие годы» вперемежку с негативными впечатлениями.

На наш взгляд, в диагностике последствий БПТ гораздо надёжнее: а) отражение следа долговременной адаптации в специфических изменениях личности; б) дизадаптация в мирной жизни (функциональный критерий). Именно эти явления должны быть главными мишенями психотерапии и социальной реабилитации участников войн.

Механистическое объединение последствий острого и кумулятивного травматического стресса в единой диагностической рубрике «ПТСР» МКБ-10 («комплексного ПТСР» в МКБ-11) неправомерно. Смещение столь разных по своей клинике и патофизиологии явлений тормозит прогресс научных исследований в дан-

Таблица 3. Различия в формировании, клиническом оформлении и динамике последствий острого и кумулятивного травматического стресса

Ключевые параметры	Острый травматический стресс	Кумулятивный травматический стресс
Характер стрессорного воздействия	Внезапное однократное экстремальное воздействие, вызывающее шок или тяжёлый дистресс	Длительное выживание в условиях витальной угрозы, ожидаемое многократное однородное воздействие
Роль конституциональных факторов	Могут снижать порог возникновения последствий и усиливать риск их хронизации (либо наоборот)	Чем совершеннее адаптация к жизнеопасной обстановке, тем выше риск дизадаптации в обычных условиях
Механизм формирования	Компенсация за счёт имеющихся резервов; внеличностное, инстинктивное реагирование	Закрепление приспособительных психобиологических изменений, истощение компенсаторных процессов
Первичное нарушение	Аффектогенное сужение или диссоциация сознания	Высвобождение витальных аффектов, импульсивных реакций на угрозу
Связь во времени с действием психотравмы	Прямая либо отставленная на несколько часов — дней	Преобладание «запоздалой реактивности» вне жизнеопасной обстановки
Преобладающая симптоматика	Острые малодифференцированные реакции	Протрагированные формы с довольно однотипными клиническими проявлениями
Отражение психотравмы в клинической картине	Навязчивые репереживания, избегание стимулов, связанных с травмой	Не только в репереживаниях, но и в структуре нажитых личностных изменений
Личностные изменения	Отсутствуют или неспецифичны в отношении первопричины	Формирование специфических реактивных свойств, дефензивно-эпилептоидных изменений личности
Динамика	Возникновение и обратимость ПТСР определяются конституциональной уязвимостью, величиной и восполнимостью утрат	Возвращение к обычной жизни — фактор дизадаптации; в жизнеопасных условиях происходит редукция продуктивных симптомов

ной области. Немного лучше психолого-психиатрические последствия кумулятивного стресса соответствуют критериям рубрики F62 «Стойкое изменение личности после переживания катастрофы». Но для фармбизнеса эта рубрика не представляет интереса. Исследований в доступной литературе найти не удалось. Прецеденты диагностики F62 практическими врачами нам неизвестны.

Россия — лаборатория персистирующего стресса. Не было поколений, на долю которых не выпадали бы тяжёлые испытания. Войны, революции, социально-экономические кризисы, бандитизм, терроризм, репрессии, произвол, насилие, информационный стресс ... и всё по замкнутому кругу. Не здесь ли ключ к разгадке «тайн русской души»? ... В последние годы уровни тревоги и агрессии среди населения просто зашкаливают (<https://clck.ru/3DWtUA>; <https://www.kommersant.ru/doc/6523399>). Снова бьют рекорды розничные продажи крепкого алкоголя (<https://www.kommersant.ru/doc/6532954>). Может, не за горами новая эпидемия героиноomanии — как было в 90-х. Мы платим цену за выживание в условиях, противоречащих высокому человеческому предназначению.

Никакие, даже самые невыносимые обстоятельства не могут служить оправданием собственного расчеловечивания. Каждый «витязь на распутье»³ нравственных дилемм волен всякий раз вопреки всему выбирать для себя вектор личностного роста либо регресса. Вспомним слова австрийского психиатра Виктора Франкла (1959). «Человек, в конечном счёте, существо самодетерминирующее. Кем он становится — в границах наследственности и среды — зависит от него самого. В концлагерях, например, — в этой живой лаборатории и на этой испытательной площадке — мы наблюдали, что некоторые вели себя как свиньи, в то время как другие вели себя подобно святым. Человек включает в себе обе возможности, и которая из них реализуется, зависит от принимаемых им решений, а не от условий» [18]. «Бытие определяется сознанием» (Гегель). Перефразировка Маркса — «бытие определяет сознание» — удобная ширма конформистов. Конформизм и тоталитаризм — взаимоин-

дуцирующие явления современной цивилизации [18].

Мы обязаны сделать всё ради того, чтобы лица наших потомков остались одухотворёнными. Это невероятно трудное дело стоит начать с изменения к лучшему своей собственной персоны.

ЛИТЕРАТУРА

1. Александровский Ю. А. Социально-стрессовые расстройства. Обзор психиатрии и медицинской психологии. 1992. 2: 5 – 10.
2. Бехтерев В. М. Война и психозы // Обзор психиатрии, неврологии и экспериментальной психологии. 1914/1915. Т. 19. № 4 / 6. С. 317 – 335.
3. Ганнушкин П. Б. Об одной из форм нажитой психической инвалидности // Труды психиатрической клиники (Девичье Поле). М.: Издательство М. и С. Сабашниковых. 1926. Вып. 2. С. 52 – 59.
4. Гиляровский В. А. Сомато-психогенные параноиды военного времени // Труды Военно-морской медицинской академии. Л.: ВММедА. 1944. С. 15 – 23.
5. Гиляровский В. А. Динамика невротических состояний в военное время и проблема их лечения // Травматические поражения центральной и периферической нервной системы. Киев; Харьков: Государственное медицинское издательство УССР. 1946. С. 285 – 288.
6. Литвинцев С. В. Клинико-организационные проблемы оказания психиатрической помощи военнослужащим в Афганистане: Дисс. ... д-ра мед. наук. СПб. 1994. Т. I. 371 с.
7. Лыткин В. М. Теоретическое обоснование концепции «Комбатантная акцентуация личности» // Проблемы реабилитации. 2001. № 1. С. 50 – 55.
8. Попов Ю. В. Этнические конфликты: психиатрия в обществе перемен. Обзор психиатрии и медицинской психологии. 1992. 4: 5 – 10.
9. Рончевский С. П. Психогенные реакции, психопатии и основные психозы в военное время // Вопросы психиатрической практики военного времени. Под ред. В. П. Осипова. Л., 1941. С. 38 – 91.
10. Снедков Е. В. Боевая психическая травма (клинико-патогенетическая динамика, диагностика, лечебно-реабилитационные принципы). Дисс. ... д-ра мед. наук. 1997. 456 с.
11. Суханов С. А. Психопатии военного времени. Русский врач. 1915. № 34. С. 800 – 804.
12. Сухарева Г. Е. Психогенный тип реакций с депрессивно-бредовым синдромом // Проблемы психиатрии военного времени. М., 1945. С. 219 – 226.
13. Belenky G. L., Tyner C. F., Soderz F. G. Israeli battle shock casualties: 1973 and 1982 // USA: Walter Reed Army Institute of Research. 1983. 38 p.
14. Bisson J. I. Automatism and post-traumatic stress disorder // Br J Psychiatry. 1993. Vol. 163. P. 830 – 832. DOI: 10.1192/bjp.163.6.830.

³ Название картины В. М. Васнецова.

15. *Bourne P. G.* Men. stress and Vietnam // Boston: Little Brown & Co. 1970. 233 p.
16. *Bremner J. D., Southwick S. M., Darnell A., Charney D. S.* Chronic PTSD in Vietnam combat veterans: course of illness and substance abuse // *Am J Psychiatry*. 1996. Vol. 153. N. 3. P. 369 – 375. DOI: 10.1176/ajp.153.3.369.
17. *Bryant R. A., Creamer M., O'Donnell M.* et al. A study of the protective function of acute morphine administration on subsequent posttraumatic stress disorder // *Biol Psychiatry*. 2009. Vol. 65. N. 5. P. 438 – 440. DOI: 10.1016/j.biopsych.2008.10.032.
18. *Frankl V. E.* Man's search for meaning // Boston: Beacon Press. 1959. 212 p.
19. *Friedman M. J.* Future pharmacotherapy for post-traumatic stress disorder: prevention and treatment // *Psychiatr Clin North Am*. 2002. Vol. 25. N. 2. P. 427 – 441. DOI: 10.1016/s0193-953x(02)00010-2.
20. *Goderes B. J.* The survivor syndrome. Massive psychic trauma and posttraumatic stress disorder // *Bull Menninger Clin*. 1987. Vol. 51. N. 1. P. 96 – 113.
21. *Holbrook T. L., Galarneau M. R., Dye J. L.* et al. Morphine use after combat injury in Iraq and post-traumatic stress disorder // *N Engl J Med*. 2010. Vol. 362. N. 2. P. 110 – 117. DOI: 10.1056/NEJMoa0903326.
22. *Jones F. D.* Combat stress: tripartite model // *Rev Int Serv Sante Armees*. 1982. Vol. 55. P. 247 – 254.
23. *Johnson A. W.* Combat psychiatry. Pt I. A Historical review // *Med Bull US Army. Europe*. 1969. Vol. 26. N. 10. P. 305 – 308.
24. *Marazziti D., Carmassi C., Cappellato G.* et al. Novel pharmacological targets of post-traumatic stress disorders. *Life (Basel)*. 2023. Vol. 13. N. 8. P. 1731. DOI: 10.3390/life13081731.
25. *Marmar C. R., Weiss D. S., Schlenger W. E.* et al. Peritraumatic dissociation and posttraumatic stress in male Vietnam theater veterans // *Am J Psychiatry*. 1994. Vol. 151. N. 6. P. 902 – 907. DOI: 10.1176/ajp.151.6.902.
26. *Menninger K.* Regulatory devices of the ego under major stress // *Stress and coping*. New York: Columbia Univ press. 1977. P. 159 – 174.
27. *Pitman R. K., Delahanty D. L.* Conceptually driven pharmacologic approaches to acute trauma // *CNS Spectr*. 2005. Vol. 10. N. 2. P. 99 – 106. DOI: 10.1017/s109285290001943x.
28. *Ratliff B. W.* Army medical department officer's attitudes toward the use of drug substances // *Milit Med*. 1979. Vol. 144. N. 7. P. 469 – 471.
29. *Robins L. N., Davis D. H., Nurco D. N.* How permanent was Vietnam drug addiction? // *Am J Public Health*. 1974. Vol. 64. 12 Suppl. P. 38 – 43.
30. *Robins L. N.* Vietnam veterans' rapid recovery from heroin addiction: a fluke or normal expectation? // *Addiction*. 1993. Vol. 88. N. 8. P. 1041 – 1054. DOI: 10.1111/j.1360-0443.1993.tb02123.x.
31. *Selye H.* Le syndrome général d'adaptation et les maladies de l'adaptation // *Union Med Can*. 1951. Vol. 80. N. 5. P. 535 – 538.
32. *Shatan C. F.* Stress disorders among Vietnam veterans: The emotional content of combat continues // *Stress disorders among Vietnam veterans*. New York: Brunner & Mazel. 1978. P. 43 – 52.
33. *Southwick S. M., Yehuda R., Giller E. L. Jr.* Personality disorders in treatment-seeking combat veterans with posttraumatic stress disorder // *Am J Psychiatry*. 1993. Vol. 150. N. 7. P. 1020 – 1023. DOI: 10.1176/ajp.150.7.1020.
34. *Strange R. E.* Psychiatric perspectives of the Vietnam // *Milit Med*. 1974. Vol. 139. N. 2. P. 96 – 99.
35. *Zatzick D., Roy-Byrne P. P.* From bedside to bench: how the epidemiology of clinical practice can inform the secondary prevention of PTSD // *Psychiatr Serv*. 2006. Vol. 57. N. 12. P. 1726 – 1730. DOI: 10.1176/ps.2006.57.12.1726.

РЕКОМЕНДУЕМ

И. М. Беккер

«Справочник Практикующего психиатра.

Основные психопатологические симптомы, синдромы и состояния».

Изд. Наука и техника Санкт-Петербург, 2024 г. 416 стр.

Вальтер Беньямин



Вальтер Беньямин (Walter Benjamin, 1892 – 1940) — немецкий историк культуры, философ, литературный критик. Родился в Берлине, учился в Берлине, Фрайбурге и Берне. Его близкими друзьями были Т. Адорно, М. Хоркхаймер, Г. Шолем, Б. Брехт, Х. Арендт.

Ханна Арендт в своей книге очерков воспоминаний «Люди в темные времена» (1968, русск. пер. 2003, 2024), наряду с двумя очерками о Ясперсе, преданной ученицей которого была, посвятила один Вальтеру Беньямину, «немецко-еврейскому писателю», который посмертной славой (спустя 15 лет после лишения себя жизни, чтобы не попасть в руки гестапо), обязан изданию двухтомного собрания своих работ. По словам Бертольда Брехта, это был «первый настоящий урон, который Гитлер нанес немецкой литературе». Гуго фон Гофмансталь назвал

его первую же работу «Избирательное сродство» Гёте (1924) «совершенно неподобной», хотя этот шедевр другие редакции отвергали не столько из-за своего антисемитизма, как действительного непонимания. Так было и с его выдающейся диссертацией выяснившей, что существо эпохи барокко выражает аллегория. «Несчастливая судьба всегда вела его в самую гущу сегодняшних или завтрашних бед». Его работу питала полемика, он начал с атаки на авторитеты и идеологию школы Стефана Георге. Х. Арендт называет его «самым значительным из современных ему критиков».

Духовное существование Беньямина определял и одушевлял Гете. Решающее влияние на него имело гётевское представление о прафеномене (Urphanomen) в его конкретности, который позволяет открыть за миром явлений, в котором «значение» (гётевское Bedeutung) и явление, слово и вещь, идея и опыт, будут неразрывны.

В 1926 – 1927 гг., живя в Москве, он изучал Маркса, едва не вступил в компартию, когда писал по заказу для БСЭ статью о Гёте, которая так и не была напечатана. Его понимание марксизма было от него очень далеко — только импульсом. Привлекшая его марксистская идея базиса и надстройки была понята им метафорически: «слова из области надстройки он возвращает к их чувственному базису, или преобразует понятия в метафоры в изначальном (а не аллегорическом) смысле»... Метафора, устанавливает связь, непосредственно воспринимаемого чувствами и не требующую интерпретации, аллегория же всегда идет от абстрактных понятий, подыскивая затем нечто осязаемое, которое будет скорее всего произвольно его представлять. Аллегория — загадка, которую надо объяснить, интерпретировать. «Вещи сами открывали ему свой тайный смысл» в силу бес-

цельности его взгляда словно бесцельно гуляющего фланера.

Характерно что его на редкость проникающие работы посвящены Гёте, Бодлеру, Прусту и Кафке, с которыми он чувствовал теснейшее личное сродство.

Помещая предлагаемый здесь отрывок, мы имели в виду не столько его содержание, как сам способ обсуждения. Поразительно проникновенный взгляд, схватывающий обычные вещи и ситуации с неожиданной стороны, в исторической перспективе разных эпох, проникающий в их глубинные истоки, охватывает и передает значение вещи физиогномически, а значит целостно и пластично, обнаруживая направление, на которое они обречены в своем развитии.

Мы опустили первую подглавку этого раздела «Судьба и характер» из-за ее объема. В ней с редким многоплановым мастерством показана несостоятельность идеи, что «характер — это судьба», фатальное предопределение. Сложная, многосторонняя опосредованность конкретных отношений приводит к выводу, что в самом общем виде корректнее говорить не о характере, а о темпераменте как предрасположенности, влияющей на траекторию жизни.

Что касается «деструктивного характера», то как пишет В. А. Подорога, Беньямину, как страстному потомственному коллекционеру (книг и антиквариата) и исследователю культуры, вне и внутри нее, присуща охранительно-консервативная позиция, сочетающаяся с разрушением. «Бунт коллекционера — это способ сохранить наследие, не дать ему быть уничтоженным по принципу разрушить, чтобы сохранить...» Но мы видим, исходя из текста Беньямина, возможность понять деструктивный характер не

только в качестве негатива собственного биологически укорененного, но критически самопротиворечивого, как исследователю сменявшихся культурных эпох и понять не только вандала, но и реформатора, неизбежного в меняющемся мире. Здесь просматривается идея Гёте о метаморфозе и его негативное отношение к собственной эпохе Вертера. «Не промежуточное или усредненное значение эмпирических данных выражает смысл той или иной идеи, но экстремальный феномен», объемлющий группу феноменов, как уникальных, единичных, конкретных явлений, и адекватно назвать или переименовать их, в соответствии с этим. Это имя и есть идея». (В. А. Подорога, НФЭ, т. 1, 2000 г.).

В другом разделе этой книги — «Наблюдение художника», в очерке о романе Достоевского «Идиот», Беньямин ломая шаблоны, показывает «метафизическое тождество национального как человеческого в идее творчества Достоевского». И, как феноменолог решительно заявляет: «психология — лишь выражение для пограничного бытия человека. В действительности все, что в сознании наших критиков представляется психологической проблемой, как раз таковой не является...» Как и в «Братьях Карамазовых», он утверждает «спасительную силу детской жизни», а «князь является по сути ребенком». «Именно разрушенное детство русского человека и русской земли парализует ее силу».

Немного человечности¹

Деструктивный характер

Может случиться, что, бросив взгляд на прожитую жизнь, человек придет к убеждению, что почти все его глубокие связи исходили от людей с деструктивным характером,

признанным всеми. Однажды он, может быть случайно, столкнулся бы с этим фактом и чем сильнее будет шок, который он переживет, тем больше у него появится шансов изобразить деструктивный характер.

Деструктивный характер знает только один девиз — с дороги; только одно дело — освободить место. Его потребность в свежем

¹ Вальтер Беньямин. Ангел истории. Пролетая над руинами старого мира. М., 2024, 90 – 97.

воздухе и в свободном пространстве сильнее, чем любая ненависть.

Деструктивный характер молод и весел. Потому что разрушение молодит, так как убирает с дороги следы нашего собственного возраста; оно веселит, так как, убирая с дороги, разрушающий ощущает успокоение и облегчение. Такой гармонический образ разрушителя возникает, если осознать, как чудовищно упрощается мир, если его рассматривать с точки зрения того, насколько он достоин разрушения. Эта гигантская связь равномерно охватывает все существующее. Для деструктивного характера такая картина создает зрелище высшей гармонии.

Деструктивный характер всегда энергичен в работе. Темп ему задает природа, во всяком случае косвенно, потому что он всегда должен ее предвидеть. Иначе она возьмет разрушение на себя.

Деструктивный характер не видит образов. У него вообще мало потребностей, и меньше всего его интересует, что будет на месте разрушенного. Прежде всего хотя бы на мгновение — пустое пространство на месте, где стоял разрушенный предмет или существовала жертва. Когда-нибудь найдется кто-то, чтобы воспользоваться им, не занимая его.

Деструктивный характер делает свое дело, он избегает только созидания. Если творящий стремится к одиночеству, то разрушитель постоянно должен быть среди людей, иметь свидетелей своих деяний.

Деструктивный характер — это сигнал. Как тригонометрический знак со всех сторон открытый ветру, так он открыт со всех сторон для пересудов. Защищать его от этого бессмысленно.

Деструктивный характер вовсе не заинтересован в том, чтобы быть понятым. Всякие попытки такого рода он считает поверхностными. Для него совершенно неважно, когда его не понимают. Наоборот, он вызывает на это, как делали оракулы, эти деструктивные государственные учреждения. Самый мещанский из всех феноменов — сплетни — возникает тогда, когда люди не хотят быть непонятыми. Деструктивный характер не возражает против этого и не способствует сплетням.

Деструктивный характер — враг человека в футляре. Человек в футляре стремится к удобствам, и футляр — их символ. Внутренность футляра — это обитый бархатом след, который он оставляет в мире. А деструктивный характер стирает даже следы разрушения.

Деструктивный характер в одном лагере с традиционалистами. Одни сохраняют вещи тем, что оставляют в неприкосновенности, консервируют их, другие сохраняют ситуации тем, что делают их удобными и ликвидируют затем. Их и называют деструктивными.

Деструктивный характер воспринимает себя как историческую личность, его главное чувство — это непреодолимое недоверие к ходу вещей и готовность к тому — поскольку он ежеминутно это ощущает — что все пойдет не так, как надо. Потому деструктивный характер — это сама надежность.

Деструктивный характер не видит ничего прочного. Но именно поэтому он всюду видит пути. Там, где другие упираются в стену или гору, он находит путь. Но раз он всюду видит путь, то хочет всюду убирать с пути. Не всегда с помощью грубой силы, иногда более благородно. Поскольку он всюду видит пути, то сам всегда стоит на перекрестке. Ни одна минута не знает, что принесет следующая. То, что существует, он превращает в развалины не ради развалин, а ради пути, который проходит здесь.

Деструктивный характер живет не потому, что жизнь стоит того, а потому, что на самоубийство жалко усилий.

ОПЫТ И СКУДОСТЬ

В наших книгах для чтения была такая притча: старый человек на смертном одре рассказал сыновьям, что в винограднике зарыт клад. Его надо было только откопать. Они стали копать, но никакого клада нет. А когда настала осень, то их виноградник принес такой урожай, как никакой другой во всей стране. Тогда они поняли: отец передал им свой опыт: счастье приносит не золото, а усердный труд.

Этот опыт нам внушался, пока мы вырастали, то с угрозами, то с ласковыми уговорами: «Желторотый, он уже тоже имеет мнение!», «Когда-нибудь ты поймешь!». Мы точ-

но знали, что такое опыт: старшие всегда передавали его молодым. Коротко, опираясь на авторитет возраста, в поговорках, в многословных речах, в рассказах о чужих странах у камина перед детьми и внуками.

Куда все это делось? Кому еще встречаются люди, способные что-то обстоятельно рассказать? Где сегодня можно увидеть умирающего, который произносит важные слова, передаваемые потом от поколения к поколению? У кого под рукой окажется сегодня спасительная поговорка? Кто рискнет хотя бы сделать попытку справиться с молодежью, привлекая для этого собственный опыт?

Нет, совершенно ясно, что опыт упал в цене, и это у поколения, которому в 1914 – 1918 годах пришлось пережить самый чудовищный опыт мировой истории. Воз можно, это не так удивительно, как кажется. Разве тогда не пришлось констатировать, что люди, вернувшиеся с войны, как будто онемели? Стали не богаче, а беднее косвенным опытом. То, что позднее десять лет спустя вылилось потоком из книг о войне, было чем угодно, только не опытом, стремящимся из уст к ушам. Нет, это не было странно. Потому что никогда еще так основательно не разоблачалась ложь воспоминаний, как ложь воспоминаний о стратегии через позиционную войну, об экономике через инфляцию, телесных — через голод и нравственных — через властителей. Поколение, добравшееся в школу на конке, стояло под открытым небом среди ландшафта, в котором ничего не изменилось, кроме облаков, а в центре в силовом поле разрушительных потоков и взрывов крошечное хрупкое человеческое тело.

Новые несчастья принесло человечеству чудовищное развитие техники. И одно из самых больших было удручающее идейное богатство, которое распространилось среди людей или, точнее, нахлынуло на них в виде возрождения астрологии и учений йоги, христианской науки и хиромантии, вегетарианства и гнозиса, схоластики и спиритизма, — это оборотная сторона. Потому что здесь происходило не подлинное возрождение, а гальванизация. Стоит вспомнить великолепные картины Энсора, где улицы больших городов наполняют призраки: обыватели в карнавальных одеждах, искаженные

напудренные мелом маски, на голове короны из мишуры — все это движется вдоль переулков и не видно конца.

Может быть, эти картины, как ничто другое, показывают тот жуткий хаотический ренессанс, на который возлагалось столь много надежд. Но здесь видно особенно ясно: скудость нашего опыта — это всего лишь часть той великой бедности, которая вновь приобрела облик такой же остроты и точности, как у средневековых нищих. Потому что чего стоит все наше образование, если нас не связывает с ним опыт? До чего можно дойти, если опыт только имитируют или присваивают себе, это нам достаточно показало чудовищное смешение стилей и мировоззрений в прошлом веке, так что не приходится считать чем-то недостойным, когда мы признаемся в своей бедности.

Да, следует согласиться: эта скудость опыта касается не только личного опыта, но опыта человечества вообще. То есть это что-то вроде нового варварства.

Варварство? В самом деле. Мы говорим это для того, чтобы ввести новое позитивное понятие варварства. Куда приводит варвара скудость опыта? Она заставляет его начать сначала, все заново, обходиться малым, конструировать из малого, не глядя ни влево, ни вправо. Среди великих творцов всегда были непримиримые, которые хотели сначала покончить с тем, что было раньше. Им нужен был чертежный стол, они были конструкторами. Таким конструктором был Декарт, который для всей философии сначала ничего не требовал, кроме одной единственной истины: «Я мыслю, следовательно, я существую», — и из этого он исходил.

Эйнштейн тоже был таким конструктором, в огромном мире физики его с какого-то момента интересовало только одно небольшое несоответствие между уравнениями Ньютона и опытом астрономии. И то же самое «начать сначала» имели в виду художники, когда они сближались с математиками и строили мир, как кубисты, из стереометрических форм или, когда они, подобно Клее, общались с инженерами. Ведь фигуры Клее возникли как будто на чертежной доске, как хорошая машина, где и кузов прежде всего подчинен потребностям мотора, они и в выражении лица послушны нутру преж-

де всего. Нутру больше, чем душевности: это делает их варварскими.

Тут и там лучшие умы начали воспевать эти вещи. Отсутствие каких-либо иллюзий касательно эпохи и в то же время безусловное признание ее чрезвычайно характерны. Все равно, говорит им поэт Бертольд Брехт, что коммунизм — это справедливое распределение не богатства, а бедности, или предвестник модернизма архитектор Адольф Лоос заявляет: «Я пишу только для людей, имеющих современное мышление... Для людей, которых снедает тоска по ренессансу или рококо, я не пишу».

Скудость опыта не следует понимать так, будто люди стремятся к новому опыту. Нет, они стремятся, наоборот, отречься от опыта, они стремятся к такому окружающему миру, где их бедность, внешнюю, а в конце концов и внутреннюю, можно продемонстрировать с такой чистотой и четкостью, что при этом возникнет что-то приличное. Да они вовсе не так уж несведущи и неопытны. Часто можно утверждать противоположное: они «поглотили» все: и «культуру», и «человека», они слишком насытились и устали.

От усталости приходит сон, и тогда нередко случается, что сон возмещает потери от печального и бесславного дня и имитирует осуществление простого, но великолепного существования, для которого в реальности не хватает сил. Существование Микки-Мауса — такая мечта современного человека. Это существование полно чудес, которые не только превосходят все техническое, но и смеются над ним. Потому что самое странное в них то, что они все без исключения появляются совершенно неожиданно без всякой машинерии из тела Микки-Мауса, его сторонников и преследователей, из обыкновенной мебели точно так же, как из дерева, облаков или моря. Природа и техника, примитив и комфорт здесь полностью слились, и людям, уставшим от бесконечных сложностей повседневной жизни, цель, которая появляется для них лишь как далекая точка назначения бегства в бесконечной перспективе средств, это существование кажется спасением, в каждом своем повороте оно просто, удобно и самодостаточно, машина весит не больше, чем соломенная шляпа, плоды на деревьях округляются так быстро,

как надувается воздушный шарик. А теперь отвлечемся от этого и вернемся назад.

Мы обеднели. Мы отдали человеческое наследие по кускам один за другим, заложили в ломбард зачастую за сотую долю цены, чтобы получить в обмен мелкую монетку «актуальности». В дверях стоит экономический кризис, за ним, как тень, грядущая война. Держаться — это сегодня дело немногих властителей, которые, видит Бог, не более человечны, чем другие; они только более варвары, но не в хорошем смысле.

Остальным же приходится устраиваться по-новому и довольствоваться малым. Они держатся тех, для кого главным делом стала ориентация на новое, причем аккуратно и без претензий. В их постройках, картинах, историях человечество готовится к тому, чтобы пережить культуру, если так должно случиться. И главное, они делают это смеясь. Может быть, этот смех иногда звучит варварски. Хорошо. Пусть пока каждый человек отдаст немножко человечности той массе, которая вернет ему ее когда-нибудь с процентами и с процентами процентов.



Мемориал Вальтера Беньямина в Портбоу

КЛИНИЧЕСКИЕ РАЗБОРЫ

Уход личности с психопатической организацией смешанного типа из неприемлемой действительности по типу бегства в болезнь.

Вопросы клинического течения, дифференциальной диагностики, лечения

Разбор ведет А. А. Шмилович¹, врач-докладчик Л. А. Андрейчик²
(ПКБ № 4 им. П. Б. Ганнушкина, 23.03.2023)

Цели клинического разбора:

1. Дифференциальная диагностика
2. Выделение и квалификация основного психопатологического синдрома (синдромов) в клинической картине текущего состояния пациента
3. Выбор стратегии и тактик психотерапии и биопсихосоциальной реабилитации пациента

Пациент: Михаил Сергеевич Н., 33 года
(имя изменено).

Значимые события жизни:

- Конституциональные черты — восприимчивость, впечатлительность, образность мышления.
- Психопатический склад матери (жесткая, манипулирующая, обидчивая, «во всем преувеличивает свою роль», «уничижительно отзывается о других», «не слышит собеседника, говорит только о себе», «выдумывает и верит в это»).
- Фрустрирующие факторы воспитания (психологическое насилие со стороны родственников в детском возрасте, запугивание в целях послушания; игнорирование актуальных потребностей со стороны родителей).
- Психотравмы (авария и травмы родителей; снижение уровня жизни; переезд в дру-

гой регион; перенес в детстве тяжелое инфекционное заболевание без медицинской помощи и в отсутствие родителей; столкнулся в детском возрасте с последствиями войны; буллинг в школе по национальному признаку).

- Токсические факторы (каннабиноиды, туберкулез).

Заболевание:

- Появление аффективной и вегетативной симптоматики в период интоксикации (туберкулез) и в условиях фрустрации (игнорирования потребностей).
- Возобновление и фиксация психовегетативной симптоматики с ее утяжелением до уровня психогенных психомоторных припадков в условиях длительной психотравмы (неудовлетворение потребностей).
- Вторичная депрессивная симптоматика.
- Хронические нарушения сна (кошмары).

Течение приступа:

- Провокация упоминанием или ассоциациями, связанных с СВО на Украине, отношением в коллективе либо политическими новостями.
- Развивается в присутствии других людей.
- Нарушение, а в дальнейшем отсутствие контакта, отсутствие реакции на обращение, речь и инструкции.
- Дрожь в руках и теле с опущенной головой. То зажмуривание, то открывание глаз.

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

² Заведующая дневного стационара 5 ПНД г. Москвы.

- Напряжение в теле, повышение тонуса мышц, спазм мышц сгибателей, запрокидывание головы, болевые ощущения в мышцах по разрешению припадка.
- Вегетативная реакция — расширение зрачков, гипергидроз, гиперемия лица, «мраморная» окраска кожи конечностей.
- Субъективно — ощущение спазма в грудной клетке и эпигастрии, ощущение «кома» в горле, чувство выраженной тревоги, либо злости и недовольства, «колотится сердце», тяжело нормально вдохнуть.
- Сползание на пол (редко, чаще — удерживание вертикальной позы). Мог уронить предмет из рук.
- Частое и поверхностное дыхание, вокализация при судорожных вдохах и выдохах.
- Нарушение чувствительности по типу «перчаток».
- Приступ проходит при приеме феназепама под язык (0,5 – 1 мг), инъекций алимемазина (5 – 10 мг в/м) или самопроизвольно. Длительность приступа — около 20 мин.
- Чувство слабости и болевые ощущения в конечностях после приступа.

Терапия:

- 1 курс: пароксетин до 60 мг/сут курсом до 7 недель + миртазапин 15 мг/сут + кветиапин до 50 мг/сут.
- 2 курс: постепенная отмена пароксетина с переводом на миртазапин до 45 мг/сут курсом до 8 недель + алимемазин до 15 мг/сут.
- Симптоматически — анксиолитики (феназепам, диамедазепам).
- 3 курс: амитриптилин до 150 мг/сут в том числе в/м + алимемазин — ретард до 20 мг/сут (последние 2 недели).

Обследование:

- **Гормоны щитовидной железы:** ТТГ (мМЕ/л) **2.26**; Т-3 (нмоль/л) **1.25**; Т-4 (нмоль/л) **5.89**; Своб. Т-3 (пмоль/л) **3.35**; Своб. Т-4 (пмоль/л) **1.04**; Антитела к ТГ (МЕ/мл) **1.71**; Антитела к ТПО (МЕ/мл) **3**
- **ЭЭГ** — неспецифические изменения БЭА головного мозга — характер изменений фоновой ЭЭГ, а также реакция на афферентные раздражители указывает на дисфункцию мезодизэнцефальных структур мозга.
- **ЭПО** — значительно выраженные эмоционально-личностные нарушения у психопатической личности с демонстративными

и ипохондрическими чертами в состоянии значимой социально-психологической дезадаптации. В мышлении выявляются нарушения в операционно-мотивационном звеньях по типу искажения процесса обобщения в виде опоры на субъективно-значимые признаки предметов и явлений, наличие латентных признаков, резонерство и витиеватость суждений. Мнестическая деятельность характеризуется снижением продуктивности опосредованной памяти в сравнении с продуктивностью непосредственного заучивания при сохранности аттентивной (процессы внимания и умственной работоспособности не нарушены).

Психический статус:

Ориентирован всесторонне верно. Опрятен, внешний вид ухоженный. Упорядочен в поведении. Продуктивному контакту доступен. Моторно спокоен, в процессе беседы практически не жестикулирует. Глазной контакт поддерживает. Смотрит на собеседника в упор, затем опускает глаза вниз, что-то проговаривает и вновь поднимает взгляд, смотрит в упор, как бы акцентируя внимание на сказанном. Эмоционально несколько маловыразителен. Говорит приглушенным голосом, как бы отстраненно, голосовые модуляции выражены слабо, но в речи присутствует драматизация, акцентирование отдельных слов. Жалобы на сниженное настроение, чувство слабости, тошноты, приступы тревоги с наплывами субъективно значимых переживаний. Подробно описывает развитие приступов тревоги. Фон настроения оценивает как сниженный. При наводящих вопросах говорит, что винит себя за то, что не успевает закончить в задуманный срок учебу, доставляет проблемы жене, не может завершить дела по ипотеке, чтобы «оставить родителям средства к существованию». В тоже время опасается лишней раз выходить из дома, т.к. уверен, что к нему может подойти на улице сотрудник полиции, потребовать показать ему контент в телефоне и за его негативные высказывания по поводу СВО «отправить в тюрьму». Уверен, что сейчас в России «сажают за любое слово». Отмечает, что в его мыслях стало больше воспоминаний о прошлых ситуациях, в которых он поступал неправильно. Несколько раз демонстративно подчеркивает,

что причиняет неудобство врачу долгой беседой, оставаясь при этом интонационно отстраненным, произносит следующее: «столько времени на меня тратите». Эпизодически высказывает мысли о нежелании жить, но при этом описывает свой вероятный сценарий смерти следующим образом: заходит в магазин, покупает бутылку бренди, берет «траву». Затем поднимается в горы, где находится «прекрасное глубокое озеро» и там, напившись, тонет. Комментирует, что «это будет самая прекрасная смерть». В целом высказывания пациента носят внешне обвиняющий характер. Задаются риторическими вопросами, например: «почему мы убиваем своих, в том числе детей», «почему у нас нормальные люди в один час стали «бандеровцами»? Делает особый акцент на страданиях детей во время боевых действий. На замечание о том, что дети и люди в целом страдают и в других точках конфликтов, поначалу дает оппозиционную реакцию: «я о них не переживаю, они мне не знакомы, а это — свои люди», после чего замолкает, перестает отвечать на вопросы. Зрачки расширены, дрожит всем телом, напрягает мышцы рук и ног, тяжело дышит. Успокаивается при отвлечении внимания, но спустя время в лекарственном кабинете дает развернутый аффективно-моторный приступ, для купирования которого назначался феназепам. По миновании его жалуется на боли и спазмы в руках и ногах, выглядит вялым, несколько сонливым. В тоже время отказывается от помощи сопровождения до дома, заявляет, что доедет сам. Мышление витиеватое, склонен к рассуждательству. Бредовых идей не высказывает. Наличие «голосов», прочих обманов восприятия отрицает, не обнаруживает поведением. Сон с частыми пробуждениями, кошмарными (со слов пациента) сновидениями.

Дифференциальный диагноз

- Смешанное расстройство личности, состояние реактивно обусловленной декомпенсации с конверсионной симптоматикой.
- Эпилепсия.
- Пролонгированная депрессивная реакция (реактивная депрессия).
- Симуляция, рентные установки.

Врач-докладчик: — Длительность приступа порядка 20 минут. В момент приступа

громкие звуки и яркий свет вызывают раздражение. Приступы купировались по-разному. Если они не очень выраженные, то срабатывало простое отвлечение внимания. При значительной выраженности психомоторного возбуждения, аффективной симптоматики приступ купировался феназепамом либо аминазином. Постепенно дыхание урежалось, тревога редуцировалась, появлялось чувство слабости, возникали болевые ощущения в спазмированных конечностях. Первично выставленный диагноз «паническое расстройство» был заменён 29 декабря на диагноз «смешанное расстройство личности с конверсионной симптоматикой». Общий анализ крови (ОАК), биохимический анализ крови (БАК), гормоны щитовидной железы в норме. На электроэнцефалограмме (ЭЭГ) были выявлены неспецифические изменения. Типичных эпилептиформных знаков и межполушарной асимметрии, дисфункции диэнцефальных структур не выявлено.

Ведущий: — *А примеры приведите, пожалуйста, по мышлению, где латенты.* — Я сейчас ЭПИ читаю, ЭПИ не надо полностью зачитать? — *Не надо.* — Хорошо. — *Где латенты, резонанство и витиеватость.* — Да. Мы, наверное, тогда психологу слово предоставим, либо сейчас, либо уже потом... — *Вы тогда свою медицинскую часть закончите...*

Врач-докладчик: — Да, да, да, когда мы закончим. Психолог сейчас по поводу ЭПИ все расскажет. Это резюме, а в деталях она все Вам прочитает. Решили, что диагноз здесь — смешанное расстройство личности. Потому что в структуре личности выявлена внешне обвиняющая эгоцентрическая позиция, убежденность в том, что его суждения и заключения являются единственно правильными. Склонность к бескомпромиссности, отстаиванию своих позиций, обвинительное отношение в адрес других людей, аморфность, стагнация. Негативное отношение к религиозным убеждениям, нелюбимые отзывы о коллегах, об организации рабочего процесса и вообще обществе в целом. Считает, что отличается от всех людей типом мышления, а именно: мыслит не словами, а образами. Склонен к бурным аффективным реакциям, раздражительности.

Пациент был выписан 31 декабря на время новогодних праздников, т.к. лист нетрудоспособности прервать надо было, а потом, 9 января, снова приняли. На прием пациент пришел упорядоченный, спокойный, доступный продуктивному контакту. Жалобы были все те же, на приступы тревоги и паники, сопровождающиеся дрожью в теле, сердцебиением, нехваткой воздуха, страхом смерти. Опять все это он связывал с событиями на Украине, говорил, что он не согласен с «патриотической позицией», вновь высказывал нелицеприятные отзывы о своих коллегах. Высказывал намерение в ближайшее время эмигрировать, для чего проходил обучение.

Начиная с 9 января 2024 г. получал терапию: миртазапин 45, алимемазин 15. На протяжении 8 недель занимался с психологом. Приступов в этот период не отмечалось. Периодически жаловался на тревожность по поводу ситуации в стране. Говорил, что не успевает доучиться, получить диплом, что затягивает отъезд за границу. Был склонен к фиксации на отдельных отрицательных переживаниях. Очень болезненно реагировал на ситуацию в Украине. Называл себя «соучастником этих событий». Не понимал людей, которые «забыли про мировые бедствия», опасался, что может случиться их «повторение». На фоне терапии миртазапином прибавил за 4 месяца 6 кг.

Выписался 3 февраля в стабильном состоянии, однако на работу не выходил. Отмечал, что сразу после выписки из дневного стационара у него ухудшалось состояние от одной мысли о выходе на работу, поскольку якобы там «ведутся только одни разговоры о том, что все хорошо, и как мы правильно действуем».

На следующий день после выписки открыл больничный лист у терапевта в ведомственной поликлинике, по 20 число лечился на дому.

21 февраля он вновь обратился в ПНД с жалобами на снижение аппетита, тревожность, чувство страха, кошмарные сновидения. Говорил, что «просыпался от физической боли», что «возобновились приступы судорог всего тела, приступы удушья». В психическом статусе отмечались театральность, демонстративность при предъявлении жалоб. Настроение свое оценивал как

сниженное («ничего не хочется, нет ни сил, ни желаний обучаться, чем-либо заниматься»). Отмечал тревогу, которую связывал с «масштабными последствиями», которые последуют в результате специальной военной операции. Говорил, что «свободы слова в стране нет», что «любое неосторожное слово может повлечь за собой арест», что «на улице может подойти полицейский и потребовать предъявить содержимое телефона», после чего его могут «посадить в тюрьму».

Был повторно направлен в дневной стационар уже с диагнозом: депрессивный эпизод в рамках смешанного расстройства личности.

К терапии было решено присоединить венлафаксин. Продолжал жаловаться на сниженное строение, на чувство слабости, на тошноту («у меня нет сил ничем заниматься»), он отодвигал учебу. Начиная с 9 марта вновь участились аффективно-моторные приступы.

Дневник от 9 марта 2024 г. Накануне визита в дневной стационар по совету психолога обсудил с супругой свои переживания. На фоне обсуждения последовательно развивались два приступа тревоги, сопровождавшиеся чувством нехватки воздуха, «кома в груди», спазмами скелетной мускулатуре, а после приступа — болями «во всем теле». После беседы с врачом занял очередь в лекарственный кабинет, где посреди большого скопления людей возник очередной приступ. Сидел, опустив голову вниз, крепко зажмурил глаза. Объективно отмечался тремор всего тела, спазмы в руках. При этом реагировал на обращенную речь, выполнял инструкции. После открытия глаз отмечался мидриаз.

После при беседе с врачом рассказал, что во время приступа возникло воспоминание о том, как он видел искаленных детей в санатории Нальчика во время 2-й чеченской войны. И это сопровождается тревогой, страхом о том, что текущая военная операция «расширена», что могут быть призваны в армию его знакомые, родственники, что они пострадают. Ощущал бессилие чувство собственной несостоятельности, т.к. не может «исправить все это». Также тревожился по поводу того, что не может выучиться на новую специальность, что «не может эмиг-

рировать вовремя». И родители волнуются, что тут они одни останутся.

На вопрос, что спровоцировало приступ, ответил, что «увидел картину с сочетанием цветов красного и зеленого». Рассказывал, что, когда в детстве болел ветряной оспой, была гипертермия и запомнил тогда «бабушкины четки». Поясняет, что увидел «что-то похожее на эти четки», и после «все закрутилось».

С 10 марта был отменен венлафаксин, миртазапин. Получал терапию амитриптилином с титрацией дозы до 150 мг в сутки. Тем не менее, приступы продолжали повторяться с частотой несколько раз в неделю, иногда ежедневно.

Дома был бездеятелен, практически ничем не занимался, что также усиливало тревогу, что время идет, а «ничего не двигается». Отмечались побочные эффекты от терапии в виде сухости слизистых оболочек, нарушений аккомодации, что мешало читать книги и вызывало больше всего жалоб.

Собственно говоря, наверное, на этом из имеющегося анамнеза у меня все. Также хочу сказать, что возникает ощущение, что мы зашли в тупик, и что-то мы что-то не так делаем. Поэтому мы здесь в расчете на Вашу помощь. Спасибо. Передаю слово Виктории Олеговне?

Ведущий: — Да, конечно, конечно. Там примеры надо привести: латенты, резонанс и витиеватость. Только примеры. Там четвертый лишний, например, новую классификацию. Чтоб по мышлению было понятно, что Вы имеете в виду, когда говорите о резонансе, витиеватости и латентах.

Клинический психолог: — Да. В методике классификации предметов обследуемый не формирует ни единой категориальной группы. Поначалу он вообще воспринимает инструкцию неверно. Начинает раскладывать карточки и составлять рассказ. И выделяет группы с такими претенциозными названиями — например, палата №6, с изображениями доктора, бабочки, пилы и мухомора. Шапито с карточками грузовика, слона и яблока. Название «синергия воды и воздуха». Самолет, корабль, лебедь, рыба. Обыденность на флоте. Моряк, кузнец, бутылка и платье. И тому подобное. Но на завершающем этапе он начинает обоб-

щать чисто по субъективным основаниям — то, что хочется добыть, то, о чем приятно вспоминать. И текущая жизнь. Ничего примечательного. На основном этапе он формирует такого рода группы, а на завершающем начинает чисто по субъективным основаниям, — это элементы разноплановости. Но не разноплановости в рамках шизофренического патологического симптомокомплекса, а разноплановость, как феномен аффективной дезорганизации, которая как раз-таки характерна расстройству личности.

Ведущий: — С чем связана эта дезорганизация в начале? И почему она не прослеживается в конце? Вы сказали, что это связано с аффективной дезорганизацией.

Клинический психолог: — Разноплановость как феномен аффективной дезорганизации.

Ведущий: — Аффективной дезорганизации. Которая прошла. В конце же он пошел по субъективным. Так? В начале он так?

Клинический психолог: — Нет. Аффективная дезорганизация сама в том, что он формирует такие группы. То есть по таким основаниям.

Ведущий: — Да, но потом же он перешел на нормальное формирование.

Клинический психолог: — Субъективное основание в классификации предметов не может быть нормальным. Методики исключения предметов, каждая из предложенных карточек также производит обобщение по слабым, латентным, также субъективным признакам. Например, исключает из группы клевер, т.к. «у кошки и у остальных цветов по 4 и больше конечностей». Исключает секундомер, т.к. «очки и весы, термометр проще осязать», а «время не подвластно нам». Карточки с письмом, радио, телефоном и гитарой — ничего лишнего не исключает, т.к. «это все средства пропаганды», а «искусство — самый главный рычаг». При сравнении понятий в паре летчик-танкист обобщает, что «у них нелепые шлемы» и различает по степени уязвимости к смерти. В паре утро-вечер общим называет то, что они «находится наедине с собой» и различает эти понятия по цвету.

Очень часто пациенты, если различают по цвету, то говорят — темное, светлое. Наш

пациент говорит: «оранжевое и багряное». Маленькая девочка и большая кукла. Тут пациент выражает свою четкую позицию, что ему «обе не нравятся», но «от куклы хотя бы меньше шума». На вопрос о семейной жизни говорит, что детей заводить не хочет. Способность к абстрагированию достаточная. Верно интерпретирует большинство метафор и пословиц, но при этом формулировки приобретают достаточно витиеватый характер. Например, «каменное сердце» — слабо выраженная эмпатия. «Зубастый парень» — человек, который «активно вгрызается в социальную пирамиду». У пациента преобладают метафорические образы. Они недостаточно содержательны по рисунку и эмоциональной насыщенности. У него выявляется множество неадекватных ассоциативных связей понятия рисунка. И все это с опорой на личностно значимые признаки. В комментариях также есть витиеватость, эгоцентричность. Например, на заданное понятие «тяжелая работа» он изображает спираль и говорит, что «она уходит внутренне и не дает мне выйти наружу». То есть образ и объяснение к образу являются неадекватными. На просьбу изобразить на листе бумаги веселый праздник, рисует одну точку. Поясняет, что «точка — это я. Я один, и меня никто не тревожит».

Среди особых феноменов появляется парадоксальный отказ изображать «справедливость». Пациент просто переворачивает бумажный лист чистой стороной, после чего поясняет, что «справедливости не существует». И анализ графической стороны изображения выявляет некую склонность к импульсивности, что конгруэнтно эффективной дезорганизации. Рисунки размашисты. В то время как обычно пиктограмма помещается на один лист, иногда — вторую страницу, реже — три. У данного пациента пиктограмма заняла в общей сложности 7 страниц, т.е. один рисунок на одной странице.

Ведущий: *Можно Вас спросить? Все-таки как в психологии понимают термин «аффективная дезорганизация»? Что имеется в виду?*

Клинический психолог: — Это нарушение мотивационного компонента мышления. Когда человек не может выбрать какой-то единый способ решения.

Ведущий: — *Это следствие аффективной дезорганизации, как я это понимаю? Речь идет о расстройстве мышления, которое возникает из-за того, что человек аффективно дезорганизован. Правильно я думаю?*

Клинический психолог: — Да, правильно.

Ведущий: — *А вот сама эта аффективная дезорганизация — это что? Её сущность. У психологов как это понимается? Психиатры могут по-другому это понимать.*

Клинический психолог: — В рамках именно ЭПИ?

Ведущий: — *Личностного компонента. Ведь Вы же сказали, что это характерно для расстройств личности. Аффективная дезорганизация. Правильно?*

Клинический психолог: — Да.

Ведущий: — *Вот что имеется в виду? Эмоциональная неустойчивость, амбивалентность? Что значит аффективная дезорганизация?*

Клинический психолог: — Имеется в виду именно эмоциональная неустойчивость и импульсивность.

Ведущий: — *Теперь понятно. То есть это все-таки именно импульсивность. Очень важные данные по этим обследованиям. Хорошо. Есть ли вопросы? К доктору, хоть он и не лечащий врач нашего пациента, к клиническому психологу? Да, прошу.*

ВОПРОСЫ ИЗ ЗАЛА

— *Пробовали психотерапию данному пациенту проводить?*

Клинический психолог: — Да, мы действительно проводили психотерапию. Но так как я психолог, я проводила индивидуальную психологическую коррекцию, но в рамках когнитивного поведенческого подхода. Провели мы примерно около 10 сессий. Основной задачей была коррекция тревожных переживаний. В условиях ПНД мы можем объяснить когнитивную ABC модель. Мы можем обучить пациента возможным поведенческим техникам, чтобы справляться с этой тревогой. Необходимо отметить, что многие интервенции, которые были предложены, в силу имеющихся у пациента

нарушений мышления, воспринимались им искаженно. Так поведенческая активация им воспринималась, как нечто прямо противоположное, как, например, лежание в постели по полтора часа. Психотерапия была, на самом деле, с ним эффективная. Терапия контактом и выстраиванием границ. И мы дошли до того, что Михаил перестал опаздывать на сессии, стал часто, регулярно и системно их посещать. Мое личное профессиональное мнение, что в рамках КПТ недостаточно работать с таким пациентом. Скорее всего, будет полезно работать схемотерапией.

— *Вы говорили, к нему один раз приезжал врач на дом из-за того, что не явился в дневной стационар. А есть ли информация о том, как выглядит быт, захламлена ли эта квартира?*

Врач-докладчик: — Нет. Когда делали амитриптилин внутримышечно, то врачи приезжали ему на дом, однако в протоколах выезда состояние квартиры не отражено. Наглядно пациента сейчас вы видите. Он говорит, что квартира хоть и старая, без ремонта, но социальный уровень при этом достаточный.

— *Напомните, пожалуйста, а вот назначение алимемазина — какие показания? Был ли вариант использовать какой-либо другой атипичный нейролептик?*

Врач-докладчик: — Купирование тревоги. Пытались давать кветиапин, однако в ответ отмечалась выраженная сонливость при дозе 50 миллиграмм, потому пациент отказался его принимать.

— *То есть как-то мышление менялось или нет? Вот на алимемазине и кветиапине?*

Врач-докладчик: — Нет. Вы имеете в виду убеждения пациента?

— *Нет, описанную витиеватость, резонерство.*

Ведущий: — Действительно, довольно грубые расстройства мышления описаны. Вот в чем дело. Ведь описаны они не просто, это не просто констатация. Это яркие примеры. Эти примеры заслуживают внимания.

Врач-докладчик: — Мне кажется, нельзя вырвать его мышление из контекста всей его личности.

Ведущий: — *Подождите, но это объективные вещи.*

Врач-докладчик: — Дело в том, что очень важно, что выявленные нарушения мышления, проявляются вторично в рамках заострения личностных черт. Мы действительно в патопсихологии часто наблюдаем такое, что при тяжелых личностных расстройствах могут быть очень яркие примеры латентов, которые раньше, по крайней мере, приводились всегда в рамках шизофрении.

Ведущий: — *А при каких? При каких личностных расстройствах такие латенты?*

Врач-докладчик: — Например, при нарциссических. Пограничных. Если тяжелое пограничное расстройство личности.

Ведущий: — *Извините, можно? Скажите, пожалуйста, когда-нибудь рассматривалась возможность того, чтобы у пациента неврозоподобная шизофрения? Вообще такой вопрос поднимался?*

Врач-докладчик: — Нет, не поднимался. Пациент сохранный, с сохранным социальным статусом. Пациент на одном месте работы работает 12 лет. Никакого дрейфа. У него совершенно нормальная жизнь, семья.

Ведущий: — *Да ладно Вам... Есть вялотекущие больные, даже параноидные, которые являются нобелевскими лауреатами. Скажите, пожалуйста, может, Вы помните, когда Вы вот это патопсихологическое исследование проводили. Лишь по тому, что Вы зачитывали, создается ощущение, что он это воспринял как блажь психиатров, и не хотел в нем участвовать, и пытался его всячески саботировать. По Вашим субъективным ощущениям, он был вовлечен в процесс? Или он к этому отнесся формально?*

Клинический психолог: — Его отношение к обследованию неустойчивое. Он изначально продемонстрировал некий негативизм, однако после заинтересовался, вовлекся в процесс. В какой-то момент я считала то, что он старается соригинальничать, что ли. В силу своей демонстративности продемонстрировать такие оригинальные ответы. Но при этом действительно исключить нарушения мышления нельзя.

Ведущий: — *Тогда следующий вопрос. Допускаете ли Вы теоретически, что*

этот пациент мог пытаться симулировать расстройство мышления?

Клинический психолог: — Да, и это можно подтвердить.

Ведущий: — *Извините, пожалуйста, каким образом можно?*

Клинический психолог: — Такая гипотеза есть. И это рассматривается у нас по результатам ММРІ.

Ведущий: — *ММРІ?.. И шкала лживости там зашкаливает?*

Клинический психолог: — Дело даже не в этом. А дело в том, что ну у нас «F» часто зашкаливает, и это скорее говорит о том, что человек в состоянии дезадаптации находится. Но вот разность индекса и шкала достоверности и коррекции, низкая шкала коррекции скорее указывает на то, что он как бы склонен, что ли, преувеличивать степень своих имеющихся симптомов. Мы можем говорить об аггравации как минимум.

Ведущий: — *И истерическая шкала 89? Разрешите присоединиться к дискуссии? Скажите, пожалуйста, а почему не рассматривался пациент как с ярко выраженным истерическим радикалом, как инверсионный? Спасибо.*

Врач-докладчик: — Рассматривался, почему. И на это... Да, рассматривался. И по ММРІ присутствует заострение как ипохондрических, так и истерических демонстративных черт личности.

Ведущий: — *Он правша или левша, не помните?*

Врач-докладчик: — Честно говоря, я не помню. По-моему, правша. Просто мы проводили обследование 13 декабря. Извините.

Ведущий: — *Есть ли еще какие-либо вопросы к докладчику? Если нет, то давайте позовем пациента. Спасибо большое.*

БЕСЕДА С БОЛЬНЫМ

Ведущий: — Проходите, пожалуйста, Михаил. Присаживайтесь. Давайте познакомимся. — *Здравствуйте.* — Меня зовут Андрей Аркадьевич. — *Михаил.* — Вы из дома прямо, да? — *Практически.* — Дома были сегодня утром? — *Нет.* — А где Вы сегодня были-то? — *В поликлинике, в которой обслуживался по ОМС.* — Там у Вас сейчас больничный лист? — *Нет.* — Или больничный лист по... — *Больничный лист*

ПНД. — По диспансеру? — *Да.* — Понятно. А что там было в поликлинике? У кого были сегодня? — *Гастроэнтеролог.* — И что за жалобы, расскажите? — *Давнишняя у меня была эрозия. Меня ее залечили. Сейчас у меня на фоне приема большого количества препаратов.* — Эрозия чего? — *Желудка.* — И как это проявлялось? Какие симптомы были? — *Боли. Очень сильные спазмы, рези.* — Боли, спазмы, рези? — *Да.* — Связано с приемом пищи или нет? — *С приемом пищи, да, с ним.* — На голодный желудок усиливается или, когда поели? — *Без разницы. Если особенно много желчи поступает в желудок, то начинается эрозия. От этого и начинается сильная боль. Любые нервы, стресс или там, допустим, съел что-то не то. Жареное, острое.* — Ну, то есть погрешности, когда есть в диете, тогда вот это появляется. — *Ну, да. Кофе. Ну, да. Поэтому приходится исключать.* — Понятно. Такая болезнь всех студентов. — *Ну, у меня это позже.* — Нерегулярное питание. — *Нет. У меня это уже позже, это во взрослой жизни.* — Ну, хорошо. Что Вам сказал гастроэнтеролог? Какие-то лекарства дополнительно? — *Ничего. Меня просто отправили на УЗИ, на анализы.* — И рекомендации соблюдения диеты. Не есть жареного, острого. — *Ну, да. Но я и так это все соблюдаю.* — Чего еще нельзя? — *Много мучного. Хлеб. Кисломолочка.* — Все это исключаем? — *Кофе.* — А у Вас есть какие-то предпочтения, кстати, Михаил, пищевые? Ну, Вы человек с Кавказа, горец. Мясо, наверное? — *Пока можно было, я очень любил острое. Собственно, я себе так эрозию заработал.* — Баранину хорошую, шашлычок? — *В Москве баранину невозможно нормальную найти.* — Я знаю места. В кавказских ресторанах. Думаете, нет? — *Может быть. Баранина не должна быть охлажденной. То есть только свежая.* — С человеком профессиональным я, конечно, спорить не буду. Согласен. Здесь есть... Ну, предпочтения у Вас такие имеются пищевые, да? То есть какое-то вот, кавказской. Животное мясо. — *Да.* — Ну, там много и овощей, конечно, тоже на Кавказе. Я знаю. Я был в Нальчике. Вы же оттуда родом, да? — *Да.* — Там очень гостеприимные люди, и всегда угощения такие, что потом из-за стола колом вываливаешься. Все

очень вкусно. — *Насильственное гостеприимство, называется.* — Ну, насильственное. Можно отказаться. — *Могут и обидеться.* — Ну, да. А вот раз уж на эту тему, если уж мы на эту тему начали говорить, давайте поговорим о Ваших родных, близких, друзьях. Вы все-таки там родились, да? — *Нет. Я в Москве родился.* — Вы в Москве родились. Но Вы там знаете, там бываете часто. — *Некоторое время просто жил там.* — Ваши родственники там. — *Да.* — Расскажите про то, какие родственники, какие у Вас с ними отношения. Кажется, там бабушка, да? — *Она уже умерла.* — Да. Ну, и ее, соответственно. — *У меня по отцу родственников очень мало, потому что отец из Краснодарского края, и он единственный ребенок в семье.* — А по маме? — *По матери много родственников.* — И они там находятся? — *Потому что это кабардинцы.* — Ну, что за люди? Как они вообще к Вам относятся? — *Обычно.* — Это как? — *Как все кабардинцы. Я раньше был намного худее. Поэтому столько и откармливали. Но я в последнее время там не был.* — Но они все-таки к Вам доброжелательны или нет? — *Да, конечно.* — Или Вы всегда чувствовали какую-то, знаете... — *Нет.* — ...подковерность какую-то в отношении? — *Да.* — *Нет.* — Не было? — *Нет.* — Ну, хорошо. А Вы давно там были? — *В 2019 году.* — Чего так долго не ездили? — *В 2020-м ковид, в 2021-м тоже. А в 2022-м уже было не до поездок.* — Ну, как раз, по-моему, это нормально. Сменить обстановку, мне кажется. Когда человек находится в тревоге, по-моему, очень хорошо даже. — *Там не поймут.* — Чего? — *Ну... на Кавказе не существует слова «депрессия».* — Ну, не так все уж прям... — *Но скажут: «Что ты там нос повесил? Давай, улыбнись».* — Ну, так, может быть, это как раз и помогло Вам? — *Вряд ли.* — Все-таки это не просто люди какие-то. Это люди, которым Вы небезразличны. Они это от доброты сердечной говорят. — *Может быть.* — Верно ведь? — *Но мне больше пока что помогает медикаментозное лечение.* — Я понял. Ну, и здесь, в Москве, у Вас тоже есть какое-то окружение близких людей? — *Да, естественно.* — И Вы с ними общаетесь? — *Мои родители здесь живут.* — Я хочу понять, не

уединенный ли Вы образ жизни ведете? — *Нет.* — Вам нужно это, Вам комфортно, когда рядом есть люди? Такие надежные друзья? — *У меня ограниченный круг общения.* — Ну, ограниченный — это как? — *Несколько друзей.* — Сколько? — *Три человека.* — Ну, знаете, многие даже таким не могут похвастаться. Если это друзья настоящие. — *Сочувствую, если не могут.* — Ну, а такие там — товарищи, приятели, я не знаю, может быть, с институтских времен остались? — *Не особо, ничего не осталось.* — Нет? А вот друзья жены там? — *Есть.* — Может быть, семьями дружите там, знаете? — *Да, такого нет.* — А у жены есть компания? — *Да, есть, конечно.* — Вы входите в нее? То есть Вы там чувствуете себя комфортно? — *Ну, плюс-минус, да.* — Обычно они к Вам в гости или Вы к ним? Как это? — *Да и так, и так бывает.* — Сколько Вы уже женаты? — *Чуть больше года.* — Ну, у Вас сейчас самый, наверное, такой пик отношений? Считается, что где-то от года до двух — это самые вообще такие запоминающиеся. — *Может быть.* — Ну, как у Вас отношения с супругой? — *Хорошие вообще.* — Взаимные? — *Да.* — Уверены? Во взаимности? — *Ну, это софистика. Ни в чем невозможно быть уверенным.* — Ну, я сейчас не хочу философствовать. Знаете, есть женщины, которые очень здорово могут, как это сказать, скрывать свои истинные намерения. Даже в браке. — *Не замечал. Не замечал такого.* — То есть Вы никогда и не ревновали? — *Я не ревнивый человек.* — И не было каких-то претензий, что она там задерживается долго, не вовремя приходит домой, не отзванивается, когда опаздывает или еще что-то? — *У каждого должна быть личная жизнь, личное пространство.* — Ну, вот, кстати, это к вопросу о кавказском менталитете, там все-таки преобладают такие патриархальные, да, ведь устои? — *Не от большого ума.* — Я думаю, дело тут не в уме. — *Мне кажется, в нем.* — Ну, почему? Это исторические традиции. При чем здесь ум-то? На Кавказе очень много умнейших людей. — *А в Гвинее исторические традиции съедают сердце поверженного врага.* — Ну, да. — *Это тоже нужно уважать?* — А я разве говорил про уважение? — *Ну, Вы говорите про снисхождение. Потому что это особенность мен-*

талитета. — Нет, я просто сказал, что дело не в уме. — *Ну, по-моему, как раз-таки в уме, в том числе.* — Хорошо, я понял Вашу позицию. Интересно. Тут говорят, что Вы не умеете отстаивать свои позиции. По-моему, Вы как раз не умеете принимать другие позиции. — *Ну, может быть.* — Есть такая проблема? — *Да.* — Вам непросто, да, спорить бывает? — *Нет, я стараюсь в себе это перебарывать.* — Компромисс какой-то найти. Ну, это хорошо, что стараетесь. Вот такой у меня к Вам вопрос, Михаил. Есть ли такое ощущение, что в Вашем характере происходят какие-то изменения последние года 2 – 3? Ну, бывает такое, знаете, человек с возрастом меняется, у него как-то что-то в жизни происходит, и личность начинает преобразовываться. Чувствуете ли Вы такое? — *Ну, я каждый год так меняюсь.* — Вот поподробнее, если несложно, каким Вы были года 2 – 3 назад, и каким Вы стали сейчас, спустя вот этот период всех стрессов там и так далее? — *Я сумел года 2 – 3 назад, притом, что абсолютно выгорел на своей работе, создать некий пузырь, в котором я находился, в котором мне было комфортно. То есть, я просто приходил на работу, выполнял минимум самый, который от меня требуют, все остальное время прокрастинировал. После выходил и забывал, что было на работе, и посвящал время тому, что мне нравится. То есть, жил в такой изолированной среде — от рабочих отношений, от собственной семьи, от всего. Жил в комфортных условиях для самого себя. Потому что меня никто не мог (...) на тот момент. Сейчас как-то уже так не получается.* — Вы помните вопрос, который я Вам задал? — *Да. Что...* — Изменились ли мы по характеру? — *Да.* — Так что же, в итоге-то изменился или нет? Так и не понял. И как? — *Я не могу больше сосредоточиться на чем-то своем. Я не могу уйти из окружающего мира и спокойно ко всему относиться, что меня это не касается.* — А раньше могли? — *Да.* — То есть, Вам раньше было проще, что называется, принять происходящее? Ну, когда Вам было еще там 15, 16, 17 лет. — *Нет. (...).* — Вы легче проходили компромисс, находили какие-то способы адаптации к обстановке. А сейчас Вы понимаете, что для Вас это почти невозможно?

Примирение. — *В 15 лет было тяжелее. В 15 лет примириться с чем-то было тяжелее.* — Ну, понятно, это подростковый вопрос. — *Вы просто спросили последние 2 – 3 года.* — Давайте возьмем тогда 30, 25 лет, вот этот период. Сейчас Вам 32, да? — *Да. Ну, в 25 была резкая перестройка сознания, но она потихонечку переходила.* — В 25 она началась? — *Да. Нет, но она к 25 сформировалась. Что среда, в которой я расту, и то, что мне пытаются продать в качестве идеи, на которой строится вся жизнь, они несовместимы. Потому что я из этнической мусульманской семьи...* — Я понимаю. — *...и очень все хотели, чтобы я продолжал вот это вот.* — Так Вы об этой идее говорите, что ее Вам пытались продать? — *Да. Меня с детства отдавали, допустим, в медресе ходил.* — Ну, да. — *Я учил арабский язык.* — Коран. — *Коран. Да. Я читал, чтобы было проще читать в оригинале.* — Понятно. Но Вы внутренне протестовали? — *Да не особо. На тот момент, лет в 12 – 15 мне казалось это правильным.* — И в 25 произошел этот перелом? — *Ну, он раньше произошел. Просто очень трудно, когда ты считаешь, что это правильно априори, попытаться в этом усомниться. Любая вера же на этом строится, любая религия.* — Понятно. А что послужило таким, пожалуй, самым значимым для Вас фактором, который повлиял на вот эти устои ваши, подростковые еще? — *Меня из Москвы родители отправили в Кабарду после слишком такой...* У меня был очень тяжелый для них и для меня подростковый период. И они меня отправили на Кавказ, думая, что я там как Пушкин в Архангельском, одумаюсь и перестану. — Понятно. Пушкин в Михайловском. Ну, Вы сравнили, конечно. — *Ну, конечно, да, я...* — Где Михайловское, и где Кабардино-Балкария. — *Где Пушкин, и где я?* — Ну, я уж про это не говорю. Хорошо. И в конечном итоге, вот именно этот переезд тогдашний на Вас повлиял уже... Ну, Вы начали ломать свои... — *Я уже видел, что, в общем-то, люди везде одинаковые.* — И у Вас сформировался уже вот этот... — *Ну, не то, что сформировался. На это время нужно.* — Но это ведь протест. — *Ну, это не протест был, скорее. Протест был, когда я еще был в Москве. Когда я не мог понять,*

как одновременно уживать светскую и религиозную жизнь. — То есть, протест начался в пубертате? — *А там... Да, а там просто уже было осознание, что что-то не так. Потому что, когда ты там не свой, здесь не свой, и все вроде как говорят, что они мусульмане, но при этом творят дичь, ты начинаешь задаваться, в чем смысл.* — Ну, в общем, да. Национальный вопрос, в итоге. — *Да и не национальный даже. Это, скорее, такой ментальный вопрос.* — Ну, на основе национального неравенства. — *Кабардино-Балкария ничем в этом плане не отличается от других республик Северного Кавказа.* — Ну, да. Ну, хорошо. Я понял. И сейчас Вы продолжаете пребывать в этом протестном таком состоянии или нет? — *Зачем протестовать? Я просто понимаю, что все это бред, для управления массами.* — Ну, а что, как это влияет, этот бред, на Вашу жизнь-то? Ну, управляют они там массами если даже, ну и чего? Вам-то что? — *Ну, я живу в этом обществе.* — Нет. — *Но как?* — Но Вы живете не там. — *Ну, и что? Здесь что-то по-другому?* — Ну, да. — *Например?* — Здесь нет вот этих кавказских устоев. — *Ну, так какая разница? Есть другие.* — Есть другой бред? — *Есть, конечно.* — Какой? Как здесь управляют массами? — *В моем районе закрыли местную поликлинику и клиническую больницу, относящуюся к министерству связи. Но при этом построили две новые часовни и здоровенную церковь.* — А, тут тоже религиозная тема, Вы имеете в виду, теперь православие? — *Да, она везде одинакова.* — То есть, религия управляет массами? — *Помогает управлять.* — В политике... как это сказать... — *В любом виде, да. В политическом...* — Политизация религии. Политизация веры. Что ислам, что христианство, не имеет значения... — *Да все.* — ...и не только в нашей стране, а по всему миру. — *Ну, где-то меньше, где-то общество более светское. Где-то на религию не выделяются деньги из госбюджета.* — Ну, что значит более светское? Ватикан — это светское общество? — *Нет.* — Нет. В центре Рима. — *Ну, и что?* — Ну, хорошо. Значит, вот кроме этих вопросов, связанных с вот таким некомфортным для Вас положением дел между религией, политикой и так далее, какие еще

есть проблемы (социальные, психологические) в Вашей жизни, которые могли бы повлиять на Ваше здоровье? Потому что мы же медики, нам нужно понять, есть ли связь этих симптомов с какими-то обстоятельствами. Вот тот же, кстати, эрозийный гастрит, это ведь психосоматика. Вы знаете, да? — *Да, я в курсе. Сложно сказать. Я не болел ничем таким в последнее время.* — Ну, вот все-таки, как? Вы уже много времени, долго наблюдаетесь у психиатров. — *С прошлого года.* — Да, это все-таки такое амбулаторное, полустационарное наблюдение. Но, тем не менее. Это значит, что Вас что-то беспокоит, и беспокоит серьезно. Нам, конечно, все описали, и мы знаем эти симптомы, я даже не буду задавать вопросы, потому что врачи очень хорошо все это зафиксировали. Мне вот больше хотелось бы у Вас лично спросить — насколько, на Ваш взгляд, все это, вот эта Ваша болезнь психическая, наверное, связана с внешними обстоятельствами? — *Наверное...* — Вы можете сказать, что напрямую прям вот, причинно-следственная связь? — *Наверное, целиком и полностью.* — То есть, не будь обстановки вот нынешней, вот этой политической напряженной? — *Ну, я абсолютно спокойно жил до этого.* — Все было бы хорошо. — *Но мы с женой говорили про переезд где-то сразу после свадьбы в 2021 году. Она указывала мне на кучу проблем в стране. Я ей ответил, что — ну, что поделать, я в них варюсь, это моя страна.* — Ну, понятно. Но эти планы сохраняются? У нас же общие границы-то не закрыты. Пожалуйста, можно уехать. — *Надеюсь.* — Ну, так они сохраняются или нет? У Вас с женой-то, переезд? — *Да.* — Вы запланировали там, на какое время Вы поедете? — *Плюс-минус, да.* — В этом году? — *Да.* — Ну, хорошо. И место уже знаете, куда? — *Это вариативно.* — Несколько вариантов можете? — *Ну, да, лучше иметь про запас.* — Понятно. Вы сейчас должны, я так понял, доучиться на ту специальность, которая позволит Вам работать удаленно, дистанционно? — *Да.* — Жена и так работает удаленно? — *Но она все равно параллельно учится.* — Но она может работать удаленно? — *Да, она уже может работать удаленно.* — И так же и за границей тоже? — *Да. Мы для этого специально искали работу. Ну, чтобы она*

могла работать удаленно. И пока мы будем искать там работу, чтобы у нас был хоть какой-то пассивный доход. — Ну, хорошо. И все, что Вас останавливает на сегодняшний момент, это только учеба, которую Вы пока не закончили, и жена? — *Есть много организационных вопросов.* — А что? — *С собственностью, с ипотекой. С долгами.* — Ну, они решаемы же. — *Но это все время нужно.* — Ну, да. Как-то Вы так можете сейчас предположить, сколько времени на это нужно? — *Нет. Не знаю.* — Не знаете? — *Но нужно успеть к июлю.* — К июлю? — *Да.* — Почему к июлю? — *Ну, август.* — А, у Вас в июле отпуск? — *Да.* — А, и Вы хотите как раз во время отпуска собственноручно... — *Да.* — Понятно. Ну, это уже скоро. Успеете еще. Сейчас март. — *Хотелось бы.* — И тогда, будем надеяться, что Ваше состояние улучшится. Вы почувствуете какое-то облегчение. — *Не знаю.* — И освободитесь от всех этих симптомов. — *Не знаю.* — Все-таки у Вас есть сомнения? — *Да.* — Что, даже оказавшись в безопасном месте, Вы все равно будете какие-то проблемы испытывать с психикой? — *Вполне допускаю.* — Давайте теперь попробуем перечислить основные ваши симптомы еще раз. Может быть, мы что-то упустили. Именно по психическому Вашему состоянию. — *Что именно?* — Ну, конкретно какие у Вас непосредственно жалобы или, как сейчас модно говорить, запросы к специалистам нашего круга. — *У меня сбитый режим сна. Потому что я боюсь заснуть. Потом, после того, как я засыпаю, мне очень трудно проснуться. И я... Ну, помимо приступов, просто бывают моменты, когда я не нахожу сил в себе ничего сделать. То есть я пытаюсь сделать хоть что-то — встать или, наоборот, там сесть, но я не могу это сделать. Так может, не знаю, продолжаться несколько часов. А когда я прокрастинирую, это вызывает сильную тревогу по поводу того, что мне нужно очень много о чем успеть позаботиться, прежде чем что-то делать. Но при этом делать этого вообще не хочется.* — Еще? Вы сказали о приступах, ну уж расскажите тогда про них. — *Обычно начинается с того, что грудь как бы сдавливает, как вот при очень сильном спазме, как от удара, допустим, кулаком. Начинает не хва-*

тать воздуха. Постепенно все это отдает в руки, в ноги. То есть у меня начинаются спазмы судорожные, я очень... — В мышцы? — *...что-то вливаюсь, да, руками. И пытаюсь продышаться, но легкие как будто зажаты, и не получается нормально грудью вдох сделать. И от спазмов очень сильно болит тело, и от этого еще труднее дышать.* — Ясно. Еще есть какие-то симптомы? Жалобы, может быть? То, с чем, как Вам кажется, Вам могли бы помочь психиатры? — *На улицу в последнее время страшно выходить.* — Почему? — *У меня и до этого была такая, я не очень любил открытые пространства. А сейчас, в связи с такой обстановкой, вдвойне неприятно.* — Понятно. — *Я не говорю, что я испытываю страх, а скорее, просто неприязнь очень сильную к большому скоплению людей.* — А не бывает ощущения, что за Вами следят? — *Нет.* — Просто такие жалобы бывают у наших пациентов с бредом. — *Ну, нет.* — Они боятся выйти на улицу, потому что считают, что там слежка. — *Нет.* — У Вас такого нет? — *Нет.* — Ну, слава Богу. — *Единственное, когда видишь сотрудников органов полиции, это ужас, мне кажется...* — Нет, ну это понятно. Большой дядя всегда за нами следит. — *Мне кажется, что ты защищен. Кажется, что наоборот, сейчас тебе они что-нибудь предъявят.* — Да. И зацапают тебя. — *За фотографию 7-летней давности «ВКонтакте».* — Да. Хорошо, я понял. Значит, у Вас нет бреда. Слава Богу. Похоже, что не было и никаких тяжелых таких депрессивных симптомов. Но Вы же понимаете, что депрессия — это довольно серьезное расстройство психики, которое часто приводит человека к мысли о самоубийстве. — *Есть такое, да.* — У Вас такое бывало? — *Сейчас.* — Сейчас? — *И до этого. Да.* — А, то есть у Вас есть суицидальные мысли? — *Ну, я думаю о том, что это было бы намного проще, чем все это терпеть.* — Тогда поясните нам, потому что мы об этом не знаем. — *Ну, я женат. И у моей жены была не самая приятная ситуация в жизни. В общем, ее родители умерли. И меня зовут как ее отца. Ее отца тоже звали Михаил. И хоть она этого и не показывает, но я понимаю, что она как будто частично винит его. В смерти. И его, и матери. Что он*

связался не с теми людьми. И те якобы спровоцировали ДТП, в котором они погибли. — А они погибли в аварии? — Да, они погибли в автомобильной аварии. — Сразу? — Отец был в коме некоторое время. Нет, отец погиб сразу, а мать была в коме некоторое время. Поэтому. — И она его винит в том, что он спровоцировал эту аварию? — Она думает, что это было заказное убийство. — А, что это был не несчастный случай. — Да, что обставили вот так. — А он был каким-то коммерсантом крупным, что ли, там было, за что? — Ну, у него, скажем так, у него было слишком много друзей. — Что Вы имеете в виду, я не понял? — Ну, друзей много не бывает. Он просто слишком многих людей считал друзьями как бы... — Понятно. — ...не думая о том, что не все просто хотят дружить. — Так, и что же? Значит, жена его винит. Ой, да. Ваша жена винит своего отца. — Мне кажется, что она его винит. — Посмертно. — Ну, да, она была ребенком, когда он умер. — Так. И какое это к Вам имеет отношение? — Мне кажется, если я точно так же ее брошу, умру, она психологически не справится с этим. — А, все, я понял. Это Вы говорите о том, что Вас сдерживает, что Вас мотивирует жить. — Да. И мне все чаще приходит мысль, что я зря женился. Не потому, что я чем-то недоволен. У меня прекрасная жена. Просто все как в книжках Экзюпери — мы в ответе за тех, кого приручили. — Это понятно, но вот все-таки я немножко никак не могу разобраться в Ваших истинных потребностях. Вы мне только что говорили о том, что у Вас в планах летом переехать в более спокойное место. — Да. — Вы учитесь специально для этого, тратите силы, энергию, средства и прочее. А одновременно с этим Вы мне говорите о желании умереть. Но это два разных желания. Они противоречат друг другу. — Я понимаю, о чем Вы. — Как это может быть? Или это у Вас меняется одно с другим? — Нет, я просто даю себе установку, что мне нужно что-то сделать, что у меня есть планы, что мне нужно доучиться, что... — Какое это имеет значение, если Вы хотите умереть? — Что я подведу человека. — Вы можете, Вы сами сказали, что Вы можете развестись и найти повод для развода, а потом уже свой план реализо-

вать. — Но это будет точно так же для нее ударом. — Ну, не таким уже. Вы уже уйдете. Но просто я хочу разобраться все-таки в истинных Ваших намерениях. — Думаете, возможно? — Я хочу понять, как Вы считаете, что Вы хотите? Какие у Вас истинные намерения все-таки? Жить или нет? — Хотелось бы найти силы. Хотелось бы найти силы. — А, то есть силы для жизни. — Да. — Вы чувствуете упадок сил? — Для того чтобы заниматься чем-то, чтобы видеть в чем-то смысл. — Ясно. И вот этот упадок сил длится уже год? — Мне было легче летом. Мы тогда... Я пропил курс, что мне психиатр давал в моей больнице ДМС-ной. И мне стало чуть-чуть лучше. И мы составили как раз приблизительный план того, что нужно делать. И потом осень, и как-то все. И столкнулся с тем, что нужно что-то уже делать. А оказалось, что ни сил, ни желания нет. — Хорошо, я понял Вас. Михаил, я предложу моим коллегам задать Вам несколько вопросов. Хорошо? — Хорошо.

— Скажите, пожалуйста, Вы когда-нибудь наносили себе самопорезы или какие-то повреждения? — Нет. Зачем? — Спасибо.

— Скажите, Вы разочаровались в исламе? — Как и в любой другой религии. — Вы вкушаете свинину? — От нее очень сильно болит желудок, если ты ее не привык есть с детства. — Вы сохранили целомудрие до брака? — Нет. — Спасибо.

— Скажите, пожалуйста, как Вы проводите лето? Вы говорите, что лето Вам стало лучше. — Что значит, как Вы проводите лето? — Чем занимаетесь? — Работа, дом, работа. — То есть Вы мало времени проводили на улице? — Я достаточно большой путь делаю до работы и обратно пешком. — А Вы сдавали пробу на витамин D? — Сдавали... — Уровень, уровень витамина D. — Не знаю. В общих анализах, я не знаю, проверяют его или нет. — Поняла. Спасибо.

— Михаил, могу я Вас попросить? Вопрос такой достаточно сложный. Сможете описать, как Вы мыслите? Как у Вас мысли в голове текут? — Ассоциативные картинки, запахи, цвета, оттенки. — Ну, вот Вы, когда думаете, размышляете о чем-то, Вы свой голос или чей-то голос не слыши-

те? — *Нет.* — Нет. А бывает такое, что мысли путаются? Что вот как бы мысль идет, а потом — раз, их много, они роятся, путаются, и Вы из этого клубка ни одну вытащить не можете? — *Нет, просто они могут идти слишком быстро, чтобы за что-то уцепиться. Ассоциативный ряд может просто очень быстро прокрутиться, и я забуду, что именно хотел сказать. Я могу сбиться просто. Но такого, что они прям... Ну, бывает такое, что я в голове уже прокрутил слишком далеко, я про это еще не сказал, и мне там, допустим, стало весело или грустно, а собеседник не понимает, почему.* — Понятно. А бывает такое, что Вы о чем-то думаете, а потом — раз, и внезапно как будто все мысли разбежались, и в голове пусто? — *Вряд ли. Нет.* — Спасибо.

— Здравствуйте. Вы говорили, что при виде сотрудников у Вас всплывает в памяти картинка 7-летней давности, допустим, которую Вы выложили «ВКонтакте», и переживаете, что по ее поводу Вас могут задерживать. Что Вы боитесь больше всего от сотрудников? Что Вас лишат свободы, к примеру? На какую тему Вы сейчас переживаете? Как это соответствует с мыслями о нежелании жить? — *Я не очень понял вопрос, простите.* — Когда Вы видите сотрудников, Вы испытываете некоторый стресс, да? — *Ну, да. Ну, это не прям, что меня вот сейчас точно упакут и повезут.* — А что в этой вот упаковке, в том, что Вас заберут, Вы больше всего боитесь? — *Смотря, за что заберут.* — Ну, вот если говорить о каком-то контенте, который Вы выкладывали. — *Ну, я особо противозаконного ничего не выкладывал. Но сейчас вопрос в другом. Что сейчас является противозаконным? По-моему, скоро будет все.* — Факт того, что могут лишиться свободы, Вас пугает? — *Не так сильно, как факт того, что могут упаковать и отвезти на войну.* — Самое страшное в войне для Вас что? — *Война. Ну, то, что люди не понимают, что такое война. И особенно у нас в стране.*

— Можно? Извините, а Вы продумали план действий в том случае, если Вам придет повестка в военкомат? — *Ну, она приходила.* — Как Вы поступили? — *Я не живу по месту жительства.* — А, в Нальчике Вы прописаны? — *Нет. Я не живу по месту*

жительства в Москве. — А вообще, рассматриваете такой вариант, что каким-то образом (надеюсь, такого никогда не будет), что ситуация безвыходная, и вариант стоит, что вот точно повестка, и точно Вы должны явиться? Возможно, уехать из страны. Вы рассматривали такой вариант? Или что-то делали, чтобы Вам не пришла повестка? — *Я либо смогу уехать из страны, а если нет, то, скорее всего, отправлюсь куда-нибудь в Магадан, на Колыму.* — Рассматривали когда-то вариант, что из-за болезненного состояния может быть отсрочка?

— У Вас, по-моему, псориаз, да? — *Мне это в военнике написали.* — Ну, он написан? — *Да, это категория Б-1.* — А, Б. Да, ответьте, пожалуйста. — *Ну, если получится сбежать, то убегу. Если не получится, пойду в тюрьму.* — Не, не, не. Вопрос — рассматривали ли Вы, что из-за болезни можно? — *А, из-за болезни?* — Ну, допустим, еще какой-нибудь диагноз себе там нарисовать, чтоб на категорию Д было. — *Нет, конечно. Нет.* — Нет. — *Такого не бывает. Если только Вы не из правящей номенклатуры.* — Нет, но Вы знаете, какие психиатрические диагнозы на категорию Д подходят? Публиковали же даже. В широких средствах. — *Понятия не имею. А какая разница? У моего друга есть врожденный порок сердца, причем очень серьезный.* — Ему Д поставили? — *Нет, ему пришлось бежать, вот сейчас менять место жительства, чтобы не получить повестки.*

— Скажите, пожалуйста, нам рассказывали, что у Вас были такие эпизоды страха, паники, очень частые. Было такое? — *Да, и сохраняется.* — Со стороны нам это описывали так, что Вы могли сползать со стула, или если стояли, то приседали, сжимались, тряслись. Какие-то вегетативные проявления у Вас были. А внутри что было? Как Вы себя ощущали? — *Трудно дышать. Болезненные воспоминания. Пытаюсь от всего этого избавиться. Я умножаю двоичные числа, пытаюсь на этом сосредоточиться, чтобы хоть как-то выровнять дыхание. Потому что больше всего именно нехватка воздуха.* — А в этот момент Вы где находитесь? — *Каждый раз по-разному.* — Например? — *Я могу понимать, что я нахожусь там, допустим, в ПНД, я нахожусь на улице. Но если приступы приходят ночью, то*

не знаю, я могу находиться, допустим, чаще всего в фойе пансионата Грушева, вообще город Нальчик, 1999 год. — Допустим, Вы в ПНД, у Вас случился такой приступ. И Вам всплывают какие-то образы? — Да. — Это каждый раз происходит? — Плюс-минус, да. — А что, какие-то конкретности? — Чеченские дети. — Если Вас в этот момент окликнуть или по плечу потрогать, Вы это ощущаете? — Да, но я не особо люблю телесный контакт, особенно с малознакомыми людьми. — Ну, это понятно, но Вы это ощущаете, как возвращение в реальность, или как будто это издали откуда-то? — Я просто ощущаю, что до меня дотрагиваются. Мне просто приходится прикладывать усилия, чтобы не разгонять это еще дальше, чтобы хоть чуть-чуть отдышаться. — Еще вопрос, если можно. Вы считаете себя психически больным? — Не знаю. — Скорее, да, или скорее, нет? — Ну, это же трудно понять, психически болен ты или нет.

— Михаил, вот говоря о Ваших приступах, случалось ли такое, что Вас одолевает страх, беспокойство, и Вы находитесь одни? Или, например, Вы сказали, что это ночью происходило, — рядом находилась жена, или это вне зависимости от людей может происходить? — Как правило, люди-то тут ни при чем. Особенно ночью, потому что я сейчас вижу каждый раз кошмары. — Это Вас будит ото сна? — Когда у меня начинается приступ, она, как правило, просыпается. Приносит воды. Когда у меня худо-бедно получается, я пью воду. Потом некоторое время прихожу в себя. Иногда засыпаю, иногда уже не могу. — А приступы случались, когда Вы были одни, и Вам никто не мог помочь? — Да. У меня случилось на улице, и все просто проходили мимо. — А так, чтобы Вы были дома, одни, никого дома нет? — Было и такое. — Такое было.

— Извините, я хотела Вас спросить — не могли бы Вы мне объяснить смысл поговорки, которые я Вам сейчас скажу, если Вам не трудно? Можно? — Да. — Одна ласточка весны не делает. — Что-то вроде, что одно маленькое приятное событие не исправляет картину в целом. — Хорошо, спасибо. Еще такой небольшой вопрос. Бывало ли у Вас такое, что когда Вы идете по улице, не-

ожиданно Вам становится, Вам кажется, что Вы в каком-то неизвестном месте, что все вокруг какое-то неестественное, что и сами себя ощущать начинаете странно, как-то неестественно, не в своем теле, какие-то мысли странные посещают? Бывало такое? — Такого — нет. — Хорошо, спасибо.

— Вот вернемся к тому, о чем мы говорили. Вы рассказывали, что во время приступов у Вас всплывают воспоминания. Эти воспоминания возникают против Вашей воли? Или как? — Ну, сам бы, самому мне об этом не хочется думать. Да, против. — Ну, это навязчивый такой характер получается? — Да.

— Как Вы можете описать свою эмоциональную сферу? Допустим, скучаете ли Вы по родным, когда долго не видите? Как Вы... вообще чувство любви, как Вы его воспринимаете, как его можете описать? Испытываете ли Вы чувство агрессии? Бывает ли? — Слишком тяжелый вопрос, потому что я же не могу знать, как каждая из любящих здесь присутствующих, что для него любовь. Или, допустим, ну, агрессию еще понятно, можно как-то оценить. Но что такое любовь? Если это Вы имеете в виду поставку в мозг серотонина и дофамина, тогда да, тогда я это понимаю. А как это происходит на эмоциональном уровне, мне кажется, это чисто субъективное. — Жалость, эмпатия к людям? — Ну, да, мне кажется, приступов бы и не было, если бы мне было все равно. — Ну, а если вернуться, скучаете, да, (...) скучаете по кому-нибудь? — Да. — Ну, а если, сказали, агрессия понятна, — бывают ли эпизоды какие-то? Как Вы справляетесь? Вы удерживаете или как выпускаете ее? — Мне неприятно ездить в общественном транспорте, больше всего — в метро. Толкучка, я не люблю физический контакт телесный с кем-то. Вот. И чтобы это прошло, я просто в голове прокручиваю, что, допустим, какой-нибудь безумец взрывает вагон, а мы все весело разлетаемся на маленькие кусочки. — Скажите, пожалуйста, Вы знаете, чем болеете? Свой диагноз. — Я не видел его. — Вам не говорили? — Нет. — Скажите, у Вас есть какие-то друзья, знакомые, которые тоже страдают психическим расстройством? — Нет.

Ведущий: — Ну, что, давайте отпустим, наверное, Михаила. Михаил, я хочу Вам просто пожелать напоследок сегодня — это консультация все-таки, да, и это не просто так Вас сюда пригласили, Вы уже давно наблюдаетесь, что-то никак не получается с лекарствами, вот подобрать оптимальные для Вас схемы и прочее. И, в общем, я думаю, что сегодняшнее наше мероприятие можно назвать консилиумом, который в конечном итоге даст свое заключение, которое поможет Вашему врачу и психологу с Вами дальше работать. Ну, а я с своей стороны просто желаю Вам, чтобы у Вас сложилось все-таки все, как Вы хотите, и чтобы ваши планы были реализованы, и Вы наконец нашли где-то успокоение в ближайшее время. Вот это мое пожелание. Хорошо? Всего Вам хорошего, удачи. До свидания. — *Спасибо.*

(Пауза, приступ у пациента в коридоре).

Ведущий: — Вот теперь... Надо же было, чтобы кто-нибудь один его спасал от смерти, а тут все побежали, хотя должен же был первым выступить доктор, а она сбежала помогать. Реанимацию проводить. Нос в рот... Или рот в нос, как там?... Как спасают погибающих?... Давайте тогда мы изменим наш традиционный график. Я предлагаю выступить любому, кто хочет сказать свое мнение или дополнение по данному клиническому случаю. Мне думается, что сегодня должна быть дискуссия, что будет плюрализм мнений. Поэтому будьте, пожалуйста, максимально раскрепощенными и свободными в выражении своих мыслей.

— *Тут, как по мне, может быть два варианта. Это может быть прекрасный симулянт с восторженным истерическим радикалом, который идеально демонстрирует формальные расстройства мышления, такие, что были ранее перечислены — бесконечное соскальзывание, порой, вплоть до разорванности. Причем, чуть ли не на каждый вопрос, требующий распространного ответа.*

Ведущий: — Надо его оставить наедине с собой. Что мы сейчас будем на это обращать внимание? Да бросьте Вы... Постарайтесь оттуда как можно больше людей увести. Ползала туда сбежало. Давайте дослушаем.

— *Такое бесплодное мудрствование. Опять же, на любой вопрос. Такая разно-*

плановость мышления, аморфность, характерны только для одной болезни — шизофрении. Теперь необходимо разобраться, какая у него форма. Каких-либо психотических эпизодов в анамнезе не наблюдалось. Я считаю, что это вялотекущий, поскольку наблюдается...

Ведущий: — Простите, перебью Вас. Вы говорили о двух вариантах, так ведь?

— *Нет, это о втором варианте.*

Ведущий: — Первый — это либо симуляция психически здорового человека, либо истерика. Второй вариант — это вялотекущая шизофрения, так?

— *Нет, я говорю сейчас чисто о втором варианте. Я считаю, и что все прекрасно укладывается в контексте невротоподобной шизофрении, F21, требующей назначения данному пациенту большого атипичного нейролептика в хорошей дозировке.*

Ведущий: — Что еще говорит за процессуальный характер? Кроме расстройств мышления, которые выявлены на ЭПИ. Кстати, а вот так, в беседе?

— *В беседе?*

Ведущий: — Да. Можно ли сказать, что в беседе где-то тоже обнаруживаются какие-то расстройства?

— *Он с одинаковой эмоциональной окраской говорит абсолютно на все темы. Его мимика не меняется. Наблюдаются некоторые... Закатывания глаз. Опять же, это все прекрасно укладывается в невротоподобную симптоматику. Я считаю, что это процессуальный больной. Везде чувствуется... Это касается и побуждений, и чувств... Некое расщепление психики, наблюдаемой во всех сферах.*

Ведущий: — Ладно, хорошо. Спасибо.

— *Человека можно вывести с Кавказа, но Кавказ из человека — нельзя. — Он наполовину кавказец. Отец же с Кубани, так ведь? Ожидания, ментальность, семья, условия, Вы понимаете?... Он начал с этого, однако теперь его новое мировоззрение позволяет ему есть свинину, но что-то, сидящее внутри, будто бы говорит ему, что этого все-таки не надо делать. Состояние в настоящий момент определяется своего рода реакцией протеста. Она проявляется большой истерией, транскультурально обусловленной, когда недостаточно вербальных навыков для выражения переживаний психотравмирующей ситуации.*

Подключаются соматизированное расстройство, представленное в виде обилия симптомов — и с сердцем, и с желудком, и куда ни копни, в том числе довольно нечасто встречающейся в наше время конверсионной, большой, настоящей истерии. Эти параличи, приседания, закатывание глаз, все то, что происходит прямо сейчас за дверью. Это Кавказ. Простите, но это транскультуральное понятие, в коем случае не какая-то дискриминация, упаси боже. Это большая выраженность эмоций, для которых не хватает слов. Это страстность, это напряженность.

— Я могу Вам объяснить по-другому, почему. Я тоже согласна, что это истерия, извините, что перебила, потому что на Кавказе мальчиков воспитывают по-другому.

— По типу кумиров семьи. Вот если с этой стороны посмотреть, то это можно понять. — Но это зависит от того, какой тип семьи. Это матриархальная семья. Здесь мать, помните, генерал в юбке, кавказская женщина.

— Да. Такого не было воспитания.

— Управляющая, контролирующая мать. И управляемый отец.

— Нынешний кризис, может быть, гипотетически, происходит от такого внутреннего бессилия. Он потерял свою религию, но не нашел ничего, с чем он может остаться... Что может помочь ему в самоидентификации. Если спросить, какие у него ценности, спросить, что он думает о детях, почему он не хочет детей и реализоваться в этом. То есть он не находит сейчас каких-то аспектов для своей самореализации, из-за чего застыл в бессилии, в болезни. Организм подсказывает ему симптомы, которые он может воспроизвести. Он их воспроизводит, и целиком и полностью погрузился в болезнь. Болезнь, как реакция на несогласие, происходящее вокруг, и свою невозможность вписать себя в эту ситуацию. Поэтому, как ни парадоксально, я бы поставила ему диагноз F43.2 — расстройство адаптации. С этим диагнозом совсем не согласуются лекарственные назначения, которые были ранее и которые есть сейчас. Трициклический антидепрессант в очень высоких дозах, парентерально. Неадекватные в данном случае и транквилизаторы, однако они назнача-

лись, т.к. на данный момент пациенту выставлен другой диагноз.

— Ранее я спрашивала у врачей, которые вели этого пациента, рассматривали ли они возможность того, что у него неврозоподобная шизофрения. Пациент, конечно, имеет такой... Истероидный шлейф, который мы просматривали. Даже сейчас его поведение об этом говорит — демонстративность, истероидность. Но смущают формальные расстройства мышления, которые продемонстрированы были патопсихологическом исследовании...

Врач-докладчик: — У нас тут небольшой казус, мы уже все справились, все у нас в порядке.

Ведущий: — Я — гуманист. Я считаю, что негуманно смотреть на истерическую корчу. Корча. Знаете, раньше так называлось? Такое слово было в старорусском языке. Извините. Мы Вас ждали просто, чтобы Вы начали. Но сейчас уже договорит доктор, а потом уже Вы.

— Я бы хотела уточнить, если возможно, присутствует ли синдром психического инфантилизма у данного пациента. Потому что он, как я поняла, пытается везде найти мать, чтобы его там поддержали, успокоили, что он такой весь бедный, несчастный, обособленный, уникальный абсолютно. И тревожно-фобический синдром. Присутствует ли он, или это демонстративность такая в поведении?

Ведущий: — Но все-таки диагноз-то Вы какой поставите?

— Неврозоподобная шизофрения.

Ведущий: — Я правильно понял, что Вы тоже считаете, что это F21 с истерическими, конверсионными, тревожно-фобическими акцентуациями?

— Да. Сенситивные акцентуации личности возможны.

Ведущий: — Так, надо презентацию включать. Потому что там как раз у Вас про диагноз, да?

Врач-докладчик: — Да. Что-то такое там присутствует. Про суицидальные мысли есть интересная ремарка. Я зачитаю из психического статуса?

Ведущий: — Вы говорите, что там есть что-то интересное про суицидальность. Давайте.

Врач-докладчик: — Когда возникла вот эта тема на сессии с психологом, он

сказал так, что он себе представляет эту ситуацию, что он... Точнее, он так сказал психологу: «Представьте озеро в горах глубое, в красивых, прекрасных горах. Сначала я захожу в магазин, покупаю бутылку бренди, беру «траву», иду в горы, пью, курю и топлюсь». И дальше цитата: «Это будет самая прекрасная смерть».

Ведущий: — Бренди?

Врач-докладчик: — Ну, вот он не пьет. Пьет ром иногда. А ром — это бренди, нет?

Ведущий: — Нет. Бренди — это недоделанный коньяк.

Врач-докладчик: — Сейчас я выскажу свою позицию, а также позицию наших коллег, врачей, которые его лечили. Мы все в своём мнении сходимся. Данное заболевание можно расценить как реакцию ухода личности смешанного типа из неприемлемой действительности. Реакция по типу бегства в болезнь фоне личностно-значимой психотравмирующей ситуации. Заболевание развилось у личности с психопатической организацией, в которой сочетаются нарциссические, демонстративные черты. Несмотря на имеющуюся гипотимию, в структуре заболевания преобладает не столько депрессивная симптоматика, сколько соматизированная, аффектогенно-конверсионная, проявляющаяся психогенными припадками с наличием моторного, эмоционального и вегетативного компонента. На это указывает прямая связь развития припадков с психотравмирующим контентом, а также развитие зафиксированных в условиях дневного стационара приступов всегда в присутствии других людей. Наличие в структуре приступа аффективно суженного сознания, но отсутствие полностью нарушенного сознания. Продолжительность припадков от нескольких минут до нескольких десятков минут с различными двигательными проявлениями. Различные двигательные проявления в структуре приступа в виде медленного оседания на пол, разнообразных полупроизвольных паразитных движений, стискивание зубов, зажмуривание глаз, дрожь в теле, запрокидывание головы, шумное дыхание, вокализмы в виде стонов и выкриков, драматичность мимики, поз и вокализмов. Отсутствие в структуре припадков клонических судорог, нарушений функций тазовых органов, прикуса языка

и постприпадочного сна. Функциональные изменения со стороны слухового аппарата в виде невозможности восприятия сложных раздражителей. Другие функциональные изменения со стороны ЦНС, нарушения поддержания позы, координации движений от легкой астазии до невозможности стоять, самостоятельно передвигаться. Также отмечались нарушения чувствительности, по типу перчаток и носков. Выраженный вегетативный компонент в виде расширения зрачков, гипергидроза и гиперемии лица. Возможность купирования приступа отвлечением внимания при наличии доступности пациента для контакта. Отсутствие амнезии на период припадков, а также отсутствие эпиплептиформной активности на энцефалограмме. Структура патологии личности определяется наличием нарциссических, тревожных и демонстративных черт, а именно — внешне обвиняющей и эгоцентричной позиции, убежденностью, что суждения и заключения пациента являются единственно правильными. Ригидным типом мышления, жесткими стандартами, придирчивостью к другим людям. Пренебрежительным отношением к мнению других людей с обвинениями их в аморфности, стагнации, неспособности отстаивать свои права и позиции в политическом и социальном плане. Негативное отношение к религиозным убеждениям, нелицеприятные отзывы о коллегах, организации рабочего процесса и общества в целом. Переживание своей грандиозности — пациент считает себя отличным от других людей. Например, типом мышления. Также присутствуют претензии на собственный успех, идеи о важности в этом мире, закамуфлированные под посыл пользы обществу. Склонность к аффектогенным реакциям. Формирование черт личности происходит из истории жизни пациента. Имеющиеся анамнестические данные указывают на наличие детской травмы отверженности со стороны значимого окружения, родителей и одноклассников. Основываясь на характеристике матери со слов пациента, можно также предположить у нее наличие нарциссических черт. Также в структуре личности присутствуют тревожные и демонстративные черты. Суть невротического конфликта пациента сводится, очевидно, к нарушению самоуважения в сложившейся ситуации специальной военной

операции, невозможностью действовать в ней по своему усмотрению, необходимостью смириться с неприемлемыми для личности событиями. Ведущая стратегия пациента — избегание, что на практике проявляется как прокрастинация в отношении необходимых дел, а также аффективно-моторные приступы, которые являются для пациента неосознанным способом ухода от неприемлемой реальности, способом смещения фокуса внимания с травмирующих тем на соматическое неблагополучие и фактического принуждения окружающих к заботе о себе и признания в этом его особенностей.

Таким образом, данный случай, данное расстройство можно квалифицировать как смешанное расстройство личности, состояние реактивно обусловленных декомпенсаций с конверсионной симптоматикой. Дифференциальный диагноз необходимо проводить с эпилепсией ввиду наличия клинической картины остро возникающих приступов с моторным компонентом и частично выключенным сознанием. Однако связь развития приступа с психотравмирующей тематикой, особенно в ситуации несогласия или возражения позиции пациента, отсутствие утяжеления течения заболевания вне назначения противосудорожных препаратов, отсутствие типичных эпилептиформных знаков на ЭЭГ позволяет исключить данный диагноз.

Вторая диагностическая опция — пролонгированная депрессивная реакция, обусловленная расстройством адаптации. В данном случае имеет место быть непостоянство депрессивной симптоматики. Также депрессивные симптомы не являются ведущими в клинической картине заболевания. В ряду аффективных симптомов раздражительность и вербальная агрессия в адрес людей, несогласных с позицией пациента, превалирует над симптомами собственно циркулярной депрессии. Развитие психомоторного припадка как реакции на нежелательный контекст не свойственно чистым депрессиям. Также в наличии собственно реактивной депрессии заставляют усомниться отсутствие значимой положительной динамики на адекватную тимоаналептическую терапию и отсутствие верификации состояния как депрессивного по валидизированным шкалам.

Дифференциальный диагноз также нужно проводить с симуляцией ввиду наличия потенциальной возможности неблагоприятного развития ситуации для пациента (есть вероятность мобилизации). Однако симуляция в данном случае должна также рассматриваться как защитная реакция психопатической личности на непосильную для этой личности жизненную ситуацию.

Ведущий: — Спасибо. Тогда вопрос — почему тогда амитриптилин сейчас?

Врач-докладчик: — *Фактически, это терапия отчаяния.*

Ведущий: — Тогда другой вопрос: «почему отчаяние?»

Врач-докладчик: — *С учетом того, что у личностных пациентов аффективные расстройства протекает нетипично, всегда личностные черты усугубляются, они декомпенсируются при развитии депрессии. Часто можно видеть, допустим, истерические состояния, а под ними — депрессивный аффект. Можно сказать, что мы решили, назначив антидепрессант, посмотреть, сможем ли мы справиться с депрессией, если она там есть, однако пока положительной динамики не наблюдается.*

— Действительно, так. Тем не менее, Вы не преувеличиваете, говоря слово «отчаяние»?

— *Я не преувеличиваю, потому что у нас пациент, — простите, я сейчас буду другими категориями изъясняться, — у нас пациент находится на больничном листе. Его больничный лист переваливает уже за 5 месяцев. Завтра нам пациент скажет «я нетрудоспособен, направьте меня на МСЭ», как вариант. И нам бы очень хотелось добиться положительной динамики состояния с последующей выпиской.*

— Все-таки объясните, с чем связано Ваше отчаяние? Отчаяние, например, бывает у онкологов, когда у них больной на четвертой стадии с отдаленными метастазами...

— *Нет, здесь, конечно, нет.*

— А здесь-то какое, с чем отчаяние связано? Отчаяние — это в преддверии какой-то катастрофы.

— *Нет, нет.*

— А что Вас останавливает закрыть больничный лист и сказать ему: «Ты здоров»?

— Мы уже один раз так сказали, 3 февраля.

— Ну, и что?

— А он 4 февраля открыл больничный у терапевта.

— Ну, так и что? У Вас отчаяние за терапевта, что ли?

— Отчаяние за нас, потому что мы не можем выписать пациента в нестабильном состоянии. Мы все работаем в государственной медицине, понимаете, что это просто невозможно сделать.

— Не понимаю. А в чем нестабильность?

— То, что мы сейчас видели, у нас повторяется каждый день. Я не думаю, что это стабильное состояние. Просто мы не понимаем, что с ним делать.

— А что значит стабильное состояние у психопата?

— У психопата может быть достигнута стабилизация состояния хотя бы на какое-то время. Но психопаты могут быть также очень дестабилизированы, иметь в структуре декомпенсации массивную и разнообразную тревожную симптоматику. Мы должны стабилизировать пациента. Пускай он будет со своим своеобразием, со своей позицией, со своим чувством превосходства, но, по крайней мере, его не будут беспокоить те симптомы, которые сейчас он нам предъявляет. Мы не можем выписать человека при наличии этих жалоб.

— Понял. То есть, его стабильное состояние — это отсутствие конверсионных симптомов?

— Да, отсутствие этих конверсионных симптомов, с которыми пока не получилось справиться.

— Об этом он тоже знает, да?

— Я не знаю, знает он или нет, мы как-то это не обсуждаем.

— Я уверен, он знает, что стабильное состояние означает отсутствие у него симптомов.

— Мы не говорили с ним на эту тему, не поднимали эту терминологию.

— Спасибо большое. Хочу отметить прекрасное обоснование диагноза. Спасибо, искренне.

— Спасибо учителям.

Ведущий: — Передаю слово следующему желающему. Может быть, кто-то хочет высказать свое мнение, что-то добавить?

— Я считаю, что он истерик с нарциссическими чертами. Мое мнение, что у него истерия в анамнезе, исходя из того, что он рассказывал сам, возникла как компенсация ввиду того, в какой семье он рос, как он свою маму описывает. Он по настоящее время остается инфантильным, ощутил субъективную выгоду в уходе в болезнь, в припадках. Почему я думаю, что это все-таки не эндогенное процессуальное заболевание?.. Потому что ему давали различные нейролептики, тот же кветиапин, алимемазин, однако положительной динамики не отмечалось.

Врач-докладчик: — У него субъективная седация. Прекратил по этой причине. — Ну, как бы да. Если бы это был процесс, то нейролептики его взяли бы все-таки.

Ведущий: — Можете предположить, почему у него в этот раз припадок случился не в зале, а когда он вышел? Всегда было на людях, ведь так?

Врач-докладчик: — В разных обстоятельствах. Это был и кабинет врача, и коридор, лекарственный кабинет.

Ведущий: — В кабинете, в коридоре, но сейчас это произошло там, а не при нас.

Врач-докладчик: — Выбежали за ним.

Ведущий: — Так вроде наоборот, круто, эффект выше. Все бы как бы объективно посмотрели бы на него, мне кажется. Может быть, потому что Вы мужчина, а его врачи были женщины. И он при здесь, мужчина с Кавказа, это для него было бы слабостью.

Врач-докладчик: — Его лечащий врач — мужчина. При нем он сейчас тоже падает.

Ведущий: — А какой личностный профиль у его врача? Это тот, который тревожный и который не пришел, так ведь?

— Нехорошо, Андрей Аркадьевич.

— Нет, почему плохо? Да подождите, в данной ситуации это очень важно. Я не случайно об этом сказал. Кроме него были еще другие врачи-мужчины?

— Нет. Вы же должны понимать, Андрей Аркадьевич, что мы работаем в городском учреждении здравоохранения. Если человеку плохо в коридоре, то другие пациенты сразу индуцируются. Оставить его в коридоре в подобном состоянии, как есть, без оказания какой-либо помощи — это просто немыслимая ситуация.

— Конечно, понимаю.

— *Мы находимся в определенных условиях, мы не можем позволить себе делать все, что мы хотим.*

Ведущий: — Какие есть еще мнения, дополнения? У нас два диагноза на повестке. Давайте не будем дробить непроцессуальный диагноз на расстройство личности, на реактивную депрессию и т.д. Сделаем, так скажем... Психогенно-психопатический диагноз, это раз. И эндогенно-процессуальный диагноз — это два. Причем именно вялотекущая шизофрения, а не шизотипическое расстройство. Чтобы не было вообще никаких сомнений, то пусть будет F21.8, например. Есть ли еще какие-то мнения в пользу того или другого, или может быть третьего?

— *Я бы добавил еще, что здесь помимо того... Ну, как бы я согласен с тем, что это какая-то психопатия, ну истерическая, может быть, какая-то смешанная. Мне еще показалось, что пациент, по всей видимости, где-то вычитал, что такое ПТСР и попытался его симулировать.*

— Вы про истории с «искалеченными чеченскими детьми»?

— *Да. Он описывает ПТСР практически по учебнику, что такое флешбэк.*

— Ну, да.

— *Но при всем при этом диагноз ПТСР рассматривать смешно, потому что у него, как минимум, нет симптомов. То есть там что-то роняли, он даже не дернулся. Я практически уверен, что он пытался в эту сторону что-то симулировать, но попытка явно не очень удачная. Тут единственный вопрос, есть ли у него сейчас конверсионные расстройства, которые он нам показывает, либо же он симулирует и их в том числе. Они, скорее всего, были ранее, однако сейчас он пытается нам показать, что они есть. Единственное, в чем вопрос, пожалуй, остается открытым, для меня, во всяком случае.*

— Но Вы также стоите на позиции психогенно-психопатической?

— Да.

— Я бы тоже хотел высказаться. Если честно, конверсионная симптоматика бросилась сразу же, как только он зашел в зал. Мужчина складного телосложения, довольно крепкий, зашел медленной походкой, держа бутылочку в руке. В конце, вроде как, ничего не предвещало беды, однако внезап-

но случился приступ. Против версии о наличии у него эндогенного процессуального заболевания говорит то, что он не высказал четко ни одной жалобы. Все они несли очень аморфный, неслаженный характер и, на самом деле, подражали каким-то там общеизвестным симптомам психических заболеваний. Я считаю, тяжелая конверсионно-диссоциативная симптоматика в рамках психопатии. Истерическое расстройство личности.

— *Можно еще добавить в пользу эндогенного процесса? У него наблюдается полиморфизм в психопатологической симптоматике. Также прослеживаются и параноидальные, пусть и неоформленные, не доходящие до бреда. На военную тематику, на тему религии.*

Ведущий: — Какие? Какие идеи?

— *Что надо переехать. Какую-то сверхценную уже идею эту приобрел, Он к этому готовится. Он прям...*

Ведущий: — Бред какой? Если мы говорим про бред, то нам надо как-то его...

— *Бреда нет. У него просто какие-то параноидальные навязчивые идеи. — Бреда нет, но и просто какие-то параноидные. — Нет, нет. Параноидные идеи, неоформленные. Я к тому, что в данном случае это сверхценная идея, которая может рассматриваться в рамках транзиторной к бредовой.*

Ведущий: — Сверхценная идея — это уже «кристалл». Почти «кристалл», прям шаг до кристаллизации. Но она уже четкая, сформулированная. Она сверхценная. Она всегда звучит. Нет, может быть, она есть, но он, как и все бредовые больные, диссимулирует, пытается, наоборот, скрыть как-то свою психопатологию.

— *Поняла, спасибо.*

Ведущий: — Хорошо, есть ли еще какие-то аргументы за одно или другое? Может быть, дополнения какие-то, возражения, критика? Спасибо большое за такой прекрасный клинический случай. Я ранее уже говорил, что сегодня, вероятно, будет плюрализм мнений, что все не обойдется одним диагнозом. И я рад, что мы не расплылись мыслью по древу, что у нас мышление... Достаточно организовано. Я хотел вам сказать также большое спасибо, потому что у меня некий инсайт произошел. Я понял, что такое аффективно дезорганизован-

ное мышление. У данного пациента, как мне кажется, отмечается не только отмеченная ранее врачом-докладчиком импульсивность, аффективная неустойчивость. Здесь еще и тревога, подозрительность, настороженность. Настороженность, которая может стать почвой для витиеватости, для ситуационного резонерства, даже для латентов. Лично мне показалось, что именно в начале разговора мышление было сильно дезорганизовано в беседе, а потом оно стало ровнее. Во второй половине диалога беседа с ним была более продуктивна, чем в первой. Это значит, что на это мышление большое влияние оказывает аффект, в котором он находился, а именно: настороженный аффект в начале, который уменьшился, соответственно, в конце.

Сначала, давайте, пройдемся по фактам. Все, к счастью, одинаково видят одно и то же. Все видят, что это именно истерические припадки. Да, это ни что иное, как истерический припадок, так они выглядят. У данного пациента они достаточно частые. Они не очень-то разнообразны по-своему, так скажем, симптоматическому проявлению. Это падение или медленное сползание, вокализмы, чувство нехватки воздуха, ком в горле. Все видят большое количество конверсионных симптомов и оценивают их одинаково, именно как конверсионные симптомы. Не как психические автоматизмы, не как микрокататонию, не как абсансы при эпилепсии, эпилептиформное и пароксизмальное состояние, не как сенестопатию. У данного пациента большое истерическое расстройство или *Hysteria magna*, также используют термин истерия Гравис. Также все видят расстройства мышления. Лучше всего они описаны в заключении психолога, с приведением соответствующих примеров. Также мы видим эти расстройства в беседе с пациентом. Никаких других, по большому счету, невротических расстройств или расстройств невротического спектра мы больше не видим. Вопрос о том, есть ли у него аффективные нарушения, явно риторический. С моей точки зрения, их просто нет. Мы видим тихий голос, заторможенность, моторную, идеаторную и так далее. Но у него нет ключевых проявлений депрессивного аффекта. Я считаю, что просто эту тему надо снять с повестки дня. Вместе с антидепрессантами. Итак, имеется большое количество

истерических невротоподобных расстройств, которые являются ситуационно обусловленными. Наша задача — дифференцировать психопата, декомпенсированного психопата, от пациента с вялотекущим шизофреническим процессом. Главным дифференциально-диагностическим критерием здесь будет оценка динамики состояния. Какая динамика состояния при вялотекущей, и какая — при расстройствах личности, при психопатии? Если это психопат, то он одинаковый, стабильный всю жизнь. Каким он был, таким и останется навсегда. Да, он иногда дает декомпенсации в зависимости, опять же, от ситуации. И в этих декомпенсациях он тоже одинаковый. Истерик, психастеник, параноик, шизоид — не важно. И дальше он до конца своих дней остается вот в этом психопатическом инфантилизме со всеми своими чертами, с периодическими клишированными декомпенсациями. По правде говоря, и у Петра Борисовича Ганнушкина, и у Олега Васильевича Кербикова, и у многих других основоположников учения о расстройствах личности всегда большое внимание уделяется динамике психопатии. А динамика психопатии подразумевает, помимо декомпенсаций, фаз и реакций, подразумевает развитие. Развитие бывает при нажитых психопатиях. С ядерной психопатией, к сожалению, это про поговорку про горбатого и про могилу, и так далее. При нажитых, соответственно, в связи с чем идет развитие психопатии? И что это вообще такое, развитие психопатии? Это изменения личности. *Это заострение психопатических черт, психопатизация при психотравмирующих ситуациях.* Основной радикал остается все равно стержневым, только может усилиться. Не бывает психопата, адаптированного к жизни.

При вялотекущей шизофрении же очень сильно меняется личностный профиль в одну и в другую сторону. И в конечном итоге мы видим, помимо волевых, аффективных, когнитивных нарушений, еще и присоединение, собственно, шизотипических черт, если следовать семантике МКБ-10 — шизотипическая личность. Мы называем их шизотайпами.

Теперь нарисуем личностный профиль сегодняшнего пациента. По шкале ММРІ на сегодня «выскакивает» истерия, *Заострение ипохондрических черт. Очень яркие*

сенситивные черты. Тревожные черты. Нарциссические черты. Паранойяльные черты, начиная с идей, связанных с Кораном, с православием, «это все религия, которая вмешивается в политику, меняет структуру». «Я не могу смириться с тем, я не могу жить с этим, я в 25 лет понял, что все это такое, а до этого я свято верил во все происшедшее» и так далее. Также с СВО, этой его оппозиционностью? Это оппозиционность не демонстративная, он не бегает с плакатами и не демонстрирует себя революционером. Он не уезжает никуда, не сбежал, не стоял в очереди на российско-грузинской границе. При этом уровень тревоги и страха зашкаливал, но тем не менее он остался здесь. Это именно паранойяльные черты, которые нарастают, их становится больше. В подростковом возрасте он был тревожным, мнительным. Классический психастеник, которого забила мужеподобная мать. Также перед глазами был образ отца, которого он описывал забитым, подкаблучником, судя по всему, совершенно пассивным, вялым. Его буллили, нигде не считали своим, ни в Москве, ни на Кавказе. Он засиживался в своей «капсуле» интроверта, ничего истерического в его личности в подростковом возрасте не было, ни одной истерической черты. По крайней мере, исходя из имеющихся анамнестических данных. В 25 лет стали появляться не истерические, а паранойяльные черты характера. Далее, находясь снова в Москве, он уходит в достаточно узкий коридор социальных контактов, где у него есть 3 друга. На Кавказ же он перестает ездить вовсе. Вот еще пример паранойяльности. Он сказал, что у него много друзей, что, мол, он сам виноват, что мой тесть был слишком был доверчив к людям, потому его и убили. А я вот осторожен, и так далее. Это ответ параноика, прям классический ответ. У него меняется личность — от психостенического она переходит к паранойяльному, и только последний год появляются истерические черты. Сейчас нет ничего тревожно-мнительного, психастенического. Сейчас он очень острый на язык. Он постоянно, на каждую мою попытку как-то подтвердить его суждение уточняющим вопросом, мол «так ли я понял?» отвечает отрицательно, что «нет, это не так». Каждый раз. Он ни разу не вошел со мной в аффективный резонанс, как это бывает на психотерапевтиче-

ской работе. Он все время, сидит в состоянии паранойяльного напряжения.

В ответ на мой вопрос относительно того, что, будет ли у него все хорошо, когда он наконец-то переедет, он ответил, что не уверен, что скорее всего все будет так же, состояние не улучшится. Никакой радостной эмоциональной реакции. Психопат-истерик сказал бы примерно следующее: «Ну, конечно, лишь бы это скорее уже произошло, я только и мечтаю об этом». Параноику, чтобы быть спокойным, нужно держать врага в поле зрения. Враги у него все, кто по улицам ходит в погонах. За границей же они все будут далеко. Там он не сможет контролировать ситуацию, как здесь. Здесь он может в Магадан уехать, на Колыму, как он нам сам сказал, или еще что-то. За границей же его могут схватить всякие «хитроумные сотрудники ФСБ» и т.п.

На данный момент здесь не просто паранойяльный радикал. Он продолжает развиваться, расширяться. Здесь уже, может быть, речь идет и в сторону ипохондрическую, и в сторону персекуторную. То есть речь идет о расширении круга опасных людей, врагов, ситуаций» и прочее.

Это с моей точки зрения факты. Может ли такая динамика личности быть при обычной психопатии? На мой взгляд, не может. Может ли человек симулировать расстройство мышления? Это очень тонкие вещи, расстройства мышления. Взять и продемонстрировать витиеватость, паралогичность, скальзывание... Я слышал разговор однажды, один старый психиатр мне рассказывал, как на судебно-психиатрической экспертизе врач-психиатр, который был пациентом, и которого судили. Он пытался на экспертизе симулировать расстройство мышления. У него не получилось. Никак. Это сразу видно, когда человек симулирует. Я не вижу здесь в этом смысле признаков осознанной и целенаправленной симуляции. Даже когда ему начали, собственно, подсказывать, мол, можно же по психиатрии получить категорию Д, негодность к службе. Он не пошел на встречу, никоим образом не обрадовался нашему предложению. Он, наоборот, еще больше насторожился. Рассказал про друга с пороком сердца, которого забрали на службу.

Мое мнение, что это пациент, страдающий вялотекущим шизофреническим про-

цессом, который длится уже достаточно долго, с 25 лет точно. Во всяком случае, он сам называет именно этот возраст переломным, возрастом смены мировоззрения и т.д.

Конечно, такая массивная истерическая симптоматика, которая сейчас есть, сильно мешает нам увидеть процессуальные феномены. Конечно, это обстоятельства внешние, которые присутствуют, возможность симуляции также мешает нам, но это лежит на поверхности, и мы сразу же за это цепляемся. Я сам большую часть беседы с ним был уверен, что мы имеем дело с обычным, довольно примитивным истериком, психопатом. Есть еще один момент, который, указывает на то, что речь идет об эндогенном процессе. Все это время, длительный период времени, мы не видим флюктуации симптоматики. Короткий период летом, а все остальное время, врачи видят одно и то же. До этого тоже все было одинаково с этой истерией, припадками. Травмирующие обстоятельства, если бы они были источником этой тяжелой истерии, были достаточно давно и их градус должен был остыть. У него отсрочка от службы, в конце концов, на руках. Какой уровень расстройств личности должен был быть у этого человека, чтобы дать такую тяжелую истерию Гравис? В общем-то, ситуация, которая не предполагает на сегодняшний момент этих рисков. Для большинства людей, во всяком случае. Для него — тем более.

В связи с этим, я думаю, что нужно первым делом срочно отменить амитриптилин, не назначать никаких антидепрессантов, т.к. антидепрессанты — это «бензин», которым мы пытаемся потушить «огонь». Он будет раздуваться в десятки раз, он будет давать нам все новые и новые истерические конверсионные, диссоциативные нарушения и так далее. Антидепрессанты противопоказаны данному больному, т.к. нет симптома-мишени для них. У нас четкий симптом-мишень — процессуальная неврозоподобная симптоматика, которую ее нужно лечить нейролептиками. Мы можем попробовать продолжить её лечить малыми нейролептиками, такими как алимемазин. Алимемазин Ретард 20 мг, да. Второй вариант — перейти на атипичные нейролептики, у которых нет значимого седативного антигистаминного эффекта, как у кветиапина. В данной ситуации можно попробовать сульпирид. Мне кажется, что сульпирид вполне

мог бы решить сразу несколько проблем: и проблемы соматоформных, соматоипохондрических расстройств, которые у него нарастают, проблему поведенческих нарушений, истерических расстройств. Также это было бы хорошим диагностическим тестом эффективности сульпирида в данной ситуации. Также можно попробовать тиоридазин и т.д.

Памятуя о том, что мы имеем дело с процессуальным вариантом невроза и психопатоподобных расстройств, высоким уровнем паранойяльности, целесообразнее попробовать назначить более высокопотентный нейролептик, работающий в отношении именно паранойяльных переживаний, а также расстройств сверхценных, бредовых. Можно попробовать использовать для этой цели малые дозы галоперидола в каплях, рисполепт, опять же, в ограниченных дозировках, в форме раствора. Можно подумать о назначении палиперидона в дозе 3 миллиграмма в сутки, что также может дать очень хороший эффект, в том числе, скорректировать поведение. Также огромную роль здесь будут играть психотерапевтические влияния.

Самое главное нужно сказать, что его лечащим врачом должен быть мужчина. Мужчина с более, так сказать, стеничными установками в отношении его переживаний, в отношении его конверсионных расстройств и т.д. Это должен быть мужчина, который, если бы пациент сейчас на наших глазах начал сползать со стула, сказал бы: «Знаете, мне, не очень удобно перед аудиторией, давайте я сяду так, чтобы Вас не было видно», а также: «Вы, когда закончите, то похлопайте в ладоши» — и после продолжил диалог с аудиторией или же начал, например, лекцию о невротическом развитии личности... В любом случае, не столь важно, процессуальная это истерия, истерия в рамках расстройства личности, неврозоподобная истерия. В любом случае, на эту симптоматику лучший эффект оказывает невнимание к ней, охлаждение эмоций вокруг этих расстройств. Я понимаю, что это бывает очень непросто сделать с учетом требований медицинской этики, деонтологии, правил общения медперсонала с пациентами в учреждениях здравоохранения, однако врачам необходимо ориентироваться, как из подобных ситуаций выходить. Спасибо всем большое за разбор.

Новые основания для обмена информацией между психиатрическими учреждениями и полицией

Ю. Н. Аргунова

Рассматриваются изменения, внесенные в федеральные законы «О полиции». «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» и Закон РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании», обязывающие медицинские организации и органы внутренних дел обмениваться информацией о лицах, находящихся под диспансерным наблюдением и склонных к совершению общественно опасных действий.

Ключевые слова: диспансерное наблюдение; склонность к совершению общественно опасных действий.

С 1 марта 2025 г. вступит в силу Федеральный закон от 22 июля 2024 г. № 195-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации». Как следует из Пояснительной записки, законопроект разработан в целях совершенствования взаимодействия медорганизаций и органов внутренних дел по обмену информацией о лицах, находящихся на диспансерном наблюдении¹ и склонных к совершению общественно опасных действий², и мероприятий, проводимых полицией при получении указанной информации. В законе уточняются основания и условия взаимодействия при осуществлении наблюдения за указанной категорией лиц, случаи предоставления сведений, составляющих врачебную тайну, без согласия гражданина или его законного представителя. Закрепляются основания для определения критериев наличия у лиц, подлежащих ДН, склонности к совершению ООД. При этом расширение круга лиц, подлежащих ДН, не предусматривается.

Передача сведений будет осуществляться через систему межведомственного электронного взаимодействия по аналогии с механиз-

мом, установленным положениями ст. 6¹ Федерального закона «Об оружии», с учетом правового регулирования соблюдения врачебной тайны.

Комитет Госдумы по охране здоровья считает закон актуальным, поскольку он направлен на защиту граждан от противоправных действий указанных лиц, а также на охрану здоровья таких пациентов. По заключению Комитета Госдумы по безопасности и противодействию коррупции, закон позволит значительно усилить механизмы контроля за указанными лицами в целях предупреждения совершения ими преступлений и административных правонарушений. Однако ни в Пояснительной записке, ни в заключениях комитетов Госдумы не приводятся подробная аргументация и обстоятельства, которые указывали бы на насущную необходимость введения указанных положений.

1. ДОПОЛНЕНИЯ, ВНЕСЕННЫЕ В ЗАКОН О ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

1) **ст. 27 «Диспансерное наблюдение».** Частью 1 в новой редакции предусматривается, что ДН может устанавливаться за лицом, страдающим хроническим и тяжелым психическим расстройством с тяжелыми стойкими или часто обостряющимися

¹ Далее — ДН.

² Далее — ООД.

болезненными проявлениями, в т.ч. в связи со склонностью такого лица к совершению ООД. Критерии наличия такой склонности устанавливаются в порядке ДН. Порядок ДН утверждается Минздравом России в соответствии с ч. 5 ст. 27;

2) **ст. 30 «Меры обеспечения безопасности при оказании психиатрической помощи».** В новых частях 4 и 5 указывается, что органы внутренних дел участвуют в пределах своей компетенции в наблюдении за лицами, страдающими хроническими и затяжными психическими расстройствами с тяжелыми стойкими или часто обостряющимися болезненными проявлениями, в отношении которых установлено ДН в связи со склонностью таких лиц к совершению ООД, в целях предупреждения совершения такими лицами преступлений и административных правонарушений. В рамках указанного наблюдения между медорганизациями и органами внутренних дел осуществляется обмен информацией.

Порядок взаимодействия медорганизаций и органов внутренних дел в целях осуществления наблюдения за указанными лицами утверждается Минздравом и МВД России. Порядок взаимодействия будет предусматривать в т.ч.:

- перечень передаваемых сведений,
- случаи и порядок информирования,
- перечень мероприятий, проводимых медорганизациями и органами внутренних дел при поступлении соответствующих сведений.

2. ДОПОЛНЕНИЯ, ВНЕСЕННЫЕ В ФЕДЕРАЛЬНЫЙ ЗАКОН «О ПОЛИЦИИ»

Статья 12 «Обязанности полиции». Пункт 35 ч. 1 ст. 12 изложен в новой редакции. На полицию в качестве обязанностей возлагается:

оказание содействия медицинским работникам в доставлении в медорганизации по решению суда лиц, уклоняющихся от явки по вызову в эти организации,

участие совместно с медорганизациями в наблюдении за лицами, страдающими хроническими и затяжными психическими расстройствами с тяжелыми стойкими или часто обостряющимися болезненными проявлениями, в отношении которых установлено ДН в связи со склонностью таких лиц к совершению ООД, за лицами, больными алко-

голизмом и (или) наркоманией и представляющими опасность для окружающих, в целях предупреждения совершения указанными лицами преступлений и административных правонарушений,

оказание содействия медицинским работникам в осуществлении недобровольной госпитализации указанных лиц³ в медорганизации, а также обеспечение медицинским работникам безопасных условий для доступа к указанным лицам и их осмотра.

3. ДОПОЛНЕНИЯ, ВНЕСЕННЫЕ В ФЕДЕРАЛЬНЫЙ ЗАКОН «ОБ ОСНОВАХ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ ГРАЖДАН В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ»

1) **ст. 13 «Врачебная тайна»**

Перечень оснований для предоставления сведений, составляющих врачебную тайну, без согласия гражданина или его законного представителя (ч. 4) расширен. Передача сведений органам внутренних дел, как по запросу, так и медорганизациями самостоятельно без соответствующего запроса теперь допускается также:

по запросу органов внутренних дел (п. 3):

- в связи с административным надзором за лицами, освобожденными из мест лишения свободы,
- в связи с участием в наблюдении за лицами, больными алкоголизмом и (или) наркоманией и представляющими опасность для окружающих, за лицами, страдающими

³ Здесь следует с удовлетворением отметить, что законодатель исправил, наконец, грубую ошибку в формулировке данной нормы. Мы обращали на нее внимание законодателя еще 13 лет назад (см. Аргунова Ю. Н. «Откройте, полиция! (О содействии сотрудников полиции медицинским работникам)» // Независимый психиатрический журнал, 2011. № 3. С.48 – 51). Действующая (до 1 марта 2025 г.) редакция п. 35 ч. 1 ст. 12 предусматривает оказание содействия медицинским работникам и обеспечение им безопасных условий для доступа к госпитализируемому больному только при наличии судебного решения. Как известно, госпитализация в психиатрический стационар в недобровольном порядке предварительного судебного решения не требует. Рассчитывать на содействие со стороны полиции можно пока лишь в тех редких случаях, когда психиатрам потребуется осмотреть и вернуть в стационар сбежавшего из него пациента, да и то только в случае, если в отношении данного пациента уже принято судебное решение о его недобровольной госпитализации.

хроническими и затяжными психическими расстройствами с тяжелыми стойкими или часто обостряющимися болезненными проявлениями, в отношении которых установлено ДН в связи со склонностью таких лиц к совершению ООД, в целях предупреждения совершения указанными лицами преступлений и административных правонарушений,

– в связи с проверкой зарегистрированных в установленном порядке заявлений и сообщений о совершенных лицами, страдающими хроническими и затяжными психическими расстройствами с тяжелыми стойкими или часто обостряющимися болезненными проявлениями, в отношении которых установлено ДН в связи со склонностью таких лиц к совершению ООД, преступлениях, административных правонарушениях и о происшествиях, разрешение которых отнесено к компетенции полиции.

в целях информирования органов внутренних дел (п. 5):

– о лице, страдающем психическим расстройством, в отношении которого судом назначены принудительные меры медицинского характера,

– о лице, страдающем хроническим и затяжным психическим расстройством с тяжелыми стойкими или часто обостряющимися болезненными проявлениями, в отношении которого установлено ДН в связи со склонностью такого лица к совершению ООД.

2) ст. 46 «Медицинские осмотры, диспансеризация»

Часть 5 ст. 46 дополнена и имеет следующую редакцию: «Диспансерное наблюдение представляет собой проводимое с определенной периодичностью необходимое обследование лиц, страдающих хроническими заболеваниями, функциональными расстройствами, иными состояниями, в т.ч. в связи со склонностью таких лиц к совершению ООД, в целях своевременного выявления, предупреждения осложнений, обострений заболеваний, иных состояний, их профилактики и осуществления медицинской реабилитации указанных лиц, проводимое в порядке, установленном уполномоченным федеральным органом исполнительной власти.».

Для обеспечения механизма реализации Федерального закона от 22 июля 2024 г. № 195-ФЗ планируется принять следующие нормативные правовые акты:

1) постановление Правительства РФ «Об утверждении Правил ведения федерального регистра лиц, страдающих психическим расстройством, в отношении которых судом назначены принудительные меры медицинского характера, а также лиц, в отношении которых установлено ДН в связи со склонностью к совершению ими ООД».

Ведение регистра будет осуществляться с целью мониторинга непрерывности и преемственности осуществления в отношении лиц принудительных мер медицинского характера и проведения ДН врачом-психиатром за лицами, имеющими склонность к совершению ООД, а также мониторинга в части контролируемых показателей состояния здоровья в рамках проведения ДН.

2) приказ Минздрава России «О внесении изменений в Порядок информирования медицинскими организациями органов внутренних дел в случаях, установленных п. 5 ч. 4 ст. 13 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», утвержденный приказом Минздрава России от 24 июня 2021 г. № 664н».

В новой редакции документа будет расширен перечень случаев, при которых медорганизации передают сведения в территориальные органы МВД России.

3) приказ Минздрава России и МВД России «Об утверждении Порядка взаимодействия медорганизаций и органов внутренних дел в целях осуществления наблюдения за лицами, страдающими хроническими и затяжными психическими расстройствами с тяжелыми стойкими или часто обостряющимися болезненными проявлениями, в отношении которых установлено ДН в связи со склонностью к совершению ООД, включая перечень передаваемых сведений, случаи и порядок информирования, перечень проводимых медорганизациями и органами внутренних дел мероприятий при поступлении соответствующих сведений».

4) приказ Минздрава России «О внесении изменений в Порядок диспансерного наблюдения за лицом, страдающим хроническим и затяжным психическим расстройством с тяжелыми стойкими или часто обостряющимися болезненными проявлениями, утвержденный приказом Минздрава России от 30 июня 2022 г. № 453н».

Изменения будут заключаться в закреплении в Порядке диспансерного наблюде-

ния критериев склонности к совершению ООД.

Таким образом, как следует из закона, «склонность к совершению ООД» будет в каждом конкретном случае устанавливаться врачами-психиатрами в рамках осуществления ДН по установленным критериям. Такая склонность не является самостоятельным (дополнительным) основанием для установления ДН в отношении лица, у которого психическое расстройство не является хроническим и затяжным и не имеет тяжелых стойких или часто обостряющихся болезненных проявлений. Больные, у которых выявляется такая склонность, обособляются в отдельную категорию среди остальных лиц, состоящих под ДН, и включаются в федеральный регистр. Диспансерам (боль-

ницам) придется информировать органы внутренних дел и о лицах, в отношении которых осуществляется амбулаторное (стационарное) принудительное наблюдение и лечение. Такие больные также попадут с федеральный регистр.

Психиатрам, как и юристам не следует оставлять без внимания процесс разработки и принятия указанных выше нормативных актов Минздрава России, а желательно и МВД России. Ведь отныне психиатрам предстоит не только, как раньше, отвечать на запросы, информировать органы, а, как предписано законом, «взаимодействовать» (!) с ними.

**24-й Всемирный Конгресс WPA
(в партнерстве с Мексиканской психиатрической ассоциацией)
НОВЫЕ ГОРИЗОНТЫ ДЛЯ ВСЕОБЩЕГО ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ**

14 – 17 ноября 2024 г., Мехико, Мексика

<https://wcp2024.kenes.com>

Конгресс Европейской психиатрической ассоциации

5 – 8 апреля 2025 г. в Мадриде

**В СТОРОНУ РЕАЛЬНОГО МИРОВОГО СОТРУДНИЧЕСТВА
В СФЕРЕ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ**

<https://epa-congress.org/>

ВНИМАНИЕ!

Под эгидой НПА России вышел из печати **IV** том
«Клинические разборы в психиатрической практике профессора А. А. Шмиловича»

Редактор Ю. С. Савенко, составитель Л. Н. Виноградова.
Москва. «МЕДпресс-информ». 2024. 730 с., тир. 500 экз.

Книгу можно приобрести в офисе НПА по адресу:
Метро Китай-город (выход 5, пройти по ул. Маросейка, первый поворот налево),
Большой Златоустинский переулок, д.8/7, строение 1, 3 этаж, офис 312.
Подъезд находится между магазином «Клеопатра» и аркой.

Заранее звоните по телефону: +7-906-771-95-92.

Эксцесс исполнителя?

Карательная психиатрия процветает в тюремных больницах¹

По сообщениям СМИ, в Ростове-на-Дону оглашен приговор по уголовному делу о пытках в подведомственной ФСИН межобластной туберкулёзной больнице № 19 (МОТБ-19). По версии следствия, пациентов учреждения безосновательно на долгое время привязывали к кроватям, отчего у многих образовывались пролежни. Потерпевшими по делу признаны 40 человек, двое из них умерли от полученных повреждений. Бывшему заместителю начальника учреждения Александру Ляху назначено семь с половиной лет колонии, заведующей психиатрическим отделением Дарье Поздняковой и психиатру Анастасии Поторочиной — шесть и пять лет колонии соответственно. Инициативная группа, куда вошли психиатры и правозащитники, проводила собственную проверку опубликованных фактов (разосланное в различные инстанции летом прошлого года «Обращение» членов группы публикуется в сокращении). Корреспондент «МГ» Болеслав ЛИХТЕРМАН попросил прокомментировать резонансное дело создателя комиссии, психиатра и члена правления Ростовского областного отделения Российского общества психиатров Игоря СИМАКОВА и члена этой группы кандидата медицинских наук вице-президента Независимой психиатрической ассоциации России Алексея ПЕРЕХОВА.

– **Игорь Борисович и Алексей Яковлевич, как и почему возникло данное уголовное дело?**

И. Симаков: Всё началось с публикаций о пытках в тюремных больницах, в результате чего указом Президента РФ был заменён руководитель ФСИН. На самом деле анало-

гичные случаи происходят на протяжении последних 30 лет. Мы беседовали с разными людьми — с бывшими заключёнными, врачами, охранниками. Вести себя так, как это отражено в материалах уголовного дела — устойчивая традиция.

А. Перехов: Оно возникло после смерти двух человек в тюремной больнице. Когда дело возбудили, 69 заключённых написали жалобы в прокуратуру. Кто его инициировал, я не знаю. Мы подняли этот вопрос, когда уже были осуждены замначальника и начмед тюремной больницы. В тот момент возникло ощущение, что дело могут спустить на тормозах. Мы запрашивали информацию из правоохранительных органов через депутата Законодательного собрания Ростовской области.

– **Что вы думаете по поводу случившегося?**

А. Перехов: По-человечески мне жаль осуждённых врачей. Не могу сказать, что это монстры или негодяи. Они оказались стрелочниками. Никакого злорадства у меня нет. Но они нарушили все этические нормы и положения психиатрии. Мне не очень удобно о них говорить. Некоторые учились на нашей кафедре. Осуждены не только психиатры, но и врачи других специальностей, но они отделались условными сроками или штрафами. Больше всех пострадала заведующая психиатрическим отделением и психиатр, выполнявшая её требования. Другая психиатр, сотрудничавшая со следствием, получила условный срок. Эти врачи находились под подпиской о невыезде и продолжали работать.

Конечно, осуждённые врачи виноваты, как в юридическом, так и этическом отношении. В психиатрическое отделение попадали не только психически больные, но

¹ Медицинская газета № 10-13.3.2024.

и люди, которые никогда на учёте психиатра не состояли.

– **Как они туда попадали и зачем их связывали?**

А. Перехов: Это было наказание, чтобы не жаловались. Например, один заключённый отказался сотрудничать с тюремной администрацией. За это его принудительно госпитализировали в психиатрическое отделение и там пытали. Санитарами работали заключённые уголовники.

Использовать психиатрическое отделение в карательных целях нехорошо. Но лично я считаю, что наказание слишком жестокое. Можно было ограничиться условными сроками, штрафами и лишением права врачебной деятельности на какой-то срок и уж, конечно, права занимать административные должности. Мы не можем оправдать этих врачей, но говорим, что их вина вторична. Нужно менять всю систему ФСИН, чтобы это не повторялось с новыми врачами. Могли ли они не выполнять распоряжения начальства? Конечно, могли, но для этого им надо было увольняться. Вероятно, им не хотелось терять высокооплачиваемую работу.

И. Симаков: На счёт этики — сложный вопрос. Требования соответствовать этическим нормам и стандартам в законе вроде как есть, есть «Этический кодекс врача-психиатра», но нет никакой структуры, которая бы отслеживала соблюдение врачами этих норм. Мне неизвестен ни один регион РФ, где существовали бы какие-то этические комитеты, помимо исследовательских. Нет никаких нормативных документов, как и чем руководствоваться при рассмотрении нарушений врачебной этики, не предусмотрено никакой ответственности за эти нарушения. Говорить о нарушении врачебной этики осуждёнными психиатрами, которые из корыстных интересов взяли на себя функцию Господа Бога? По их указаниям на несколько недель или месяцев привязывали заключённых. Врачи самостоятельно или по просьбе начальства принимали решение о дополнительном наказании заключённых. Я не ожидал, что они получают такие сроки, потому что те, кто причастен к смерти первого заключённого, отделались условным сроком, и, по моим данным, вернулись работать в эту же больницу в качестве вольнонаёмных. Ростовское областное отделение РОП, зажмурившись, не видит этих фактов и, по-

хоже, не собирается их обсуждать. Если врачебное сообщество не будет заниматься этическими вопросами, то ими займётся следственный комитет, в арсенале которого — только уголовное преследование. Если нет иммунной системы, то всё разлагается, что мы и наблюдаем.

– **Может быть, если бы врачи передали огласке сложившуюся ситуацию, увольнения удалось бы избежать?**

А. Перехов: Так ведь письменных приказов никто не отдавал. Как бы они доказали свою правоту? У них было три выхода. Во-первых, выполнять устные распоряжения начальства. Во-вторых, уволиться. В-третьих, обратиться с жалобой в вышестоящие инстанции, в следственный комитет, правозащитные организации. Но как вы это себе представляете? Наша страна — единственная, где нет состязательности экспертиз, например, в психиатрии. У нас судебную экспертизу назначает только государство в лице обвинителя, адвокаты таким правом не обладают. Если ты напишешь жалобу, тебя в любом случае подставят и уволят, а, возможно, ещё и посадят. Нельзя осуждать людей за то, что они не стали бороться с безобразиями внутри системы. На мой взгляд, единственный морально приемлемый выход в такой ситуации — это уволиться.

– **Что надо сделать, чтобы подобное не повторилось?**

И. Симаков: Мы предложили включить истории болезни в тюремных больницах в систему ЕГИСЗ, чтобы они велись не в бумажном, а в электронном виде на федеральном сайте, и их нельзя было переписывать. Когда психически здоровые люди признаются сумасшедшими и привязываются — это явное превышение полномочий психиатра. У нас отсутствует регламент по фиксации пациентов. Это огромнейшая проблема, которая касается не только тюремных больниц. В январе этого года появилось первое уголовное дело, когда врача приговорили к реальному сроку за привязывание больного. У нас ничем не регламентировано привязывание пациентов в терапии, неврологии, реаниматологии, домах-интернатах. А за это в УК есть статья, предусматривающая до 5 лет лишения свободы. Нет специальных средств для фиксации. Каждая больница самостоятельно шьёт какие-то ремни.

Есть приказ Минздрава о том, что психиатрические больницы должны информировать органы внутренних дел, если имеется подозрение, что психически больные подверглись насилию, а регламента такого нет.

А. Перехов: Необходимо реформировать всю систему ФСИН. Основной посыл нашего запроса в Госдуму и прокуратуру — вывести медицинскую службу, особенно психиатрическую, из подчинения ФСИН — чтобы медики не были офицерами и не подчинялись приказам ФСИНовского начальства. Мы просим, чтобы медицина была освобождена от контроля силовых структур. Прецеденты имеются. Например, закрытые психиатрические больницы, где лечатся больные, признанные судом невменяемыми, ранее были подконтрольны ФСИН, а в 1990-е годы переданы в ведение Минздрава России. Естественно, там осталась система охраны, но руководит такой больницей глав-

ный врач, и силовики не могут ему указывать, что и как делать. За этим стоят огромные деньги, потому что система медицинского обеспечения в тюрьмах требует необыкновенных затрат. Все хотят власти и денег. При передаче медслужбы Минздрава ФСИН эти бюджетные деньги потеряет.

И. Симаков: Нужно понимать экономику этого процесса. Это жутко выгодный бизнес под названием «тюремная больница». Наши многочисленные обращения в разные структуры остались без особого ответа. Дело было расценено как экссесс исполнителя: случайным образом на службу в ФСИН попали четыре негодяя, а так у нас всё хорошо. Итоги нашего расследования были направлены в различные инстанции. Никаких иллюзий, что что-то изменится, у меня нет. Крайними сделали психиатров. Они отсидят и вряд ли вернутся к практике. А караван пойдёт дальше.

**Уполномоченному по защите прав человека в РФ
Российскому обществу психиатров
Независимой психиатрической ассоциации России
Главному управлению Министерства юстиции РФ по Ростовской области
Законодательному собранию Ростовской области
Территориальному органу Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения
Министру здравоохранения области**

ОБРАЩЕНИЕ

Из публикаций в СМИ нам стало известно о вопиющей ситуации, связанной с пытками пациентов в психиатрическом отделении ФКЛПУ МОТБ-19 ГУФСИН России по Ростовской области, Ростов-на-Дону. При этом участие в пытках принимали врачи этой ведомственной медицинской организации, за что они были привлечены к уголовной ответственности и уже осуждены.

Ситуация носила столь неправдоподобно шокирующий характер, что мы решили провести собственное изучение обстоятельств случившегося.

К нашему огромному сожалению, факты, изложенные журналистами, нашли своё подтверждение. При этом ситуация, по нашему мнению, не связана с экссессом конкретного исполнителя и не носит случайного характера. Пытки и насилие в системе

ФСИН, как мы полагаем, это сегодня обязательный атрибут «перевоспитания». Но в последние годы непосредственное участие в этих «воспитательных» процессах стали принимать врачи, в том числе ростовские врачи психиатры. По нашему мнению, это совершенно неприемлемо и противоречит всем этическим принципам врачебной профессии, кроме того, это грубо нарушает и действующее законодательство.

Безусловно, те, кто совершал эти постыдные и неприемлемые поступки, должны понести справедливое наказание. Но, мы считаем, что важнее разработать и принять более системные меры к недопущению вовлечения медицинского персонала к процессам «перевоспитания» заключённых.

В целях недопущения нарушения прав заключённых и пациентов медицинских ор-

ганизаций в местах лишения свободы, использования медицинских психиатрических технологий в немедицинских целях предлагаем рассмотреть и поддержать следующие наши предложения:

1. Изучить результаты ранее реализованного в Москве и Московской области пилотного проекта об административном переподчинении тюремных медицинских служб Минздраву в целях оценки возможности его реализации на территории Ростовской области.

2. Разработать и принять нормативные документы, регламентирующие порядок создания и оснащения помещений для изоляции стационарных пациентов в психиатрических стационарах и регламент их работы, а также разработать и принять регламенты проведения процедур физического стеснения и изоляции.

3. Разработать и принять регламент медицинского освидетельствования при сообщении о пытках.

4. Поскольку ведение медицинской документации в системе ЕГИСЗ является обязательным, предлагаем инициировать процесс обязательного подключения МОТБ-19 к ЕГИСЗ в установленном законом объеме требований.

5. В медицинских организациях должен быть принят порядок информирования органов внутренних дел о поступлении пациентов, в отношении которых имеются достаточные основания полагать, что вред их здоровью причинён в результате противоправных действий.

6. Инициировать разработку регламентирующих документов, которыми должно руководствоваться при оценке этико-деонтологических нарушений и установления мер ответственности за нарушения этих норм. Сформировать в Ростовской области орган или структуру, осуществляющую оценку действий медицинских работников на предмет соблюдения ими норм и принципов медицинской этики и деонтологии.

7. Учитывая уровень организации и степень закрытости в медицинских структурах региональной ФСИН систем внутреннего, ведомственного и федерального государственного контроля (надзора) качества и безопасности медицинской деятельности, предлагаем целесообразным распространить на данную сферу деятельности не только прокурорский надзор, но и гражданский, сила-

ми ОНК и государственный надзор с регулярным привлечением структур Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения.

8. Рекомендовать руководству ФКЛПУ МОТБ-19 ГУФСИН России по Ростовской области и членам ОНК Ростовской области провести обучение врачей психиатров и членов ОНК особенностям осуществления данной обязательной процедуры и контроля за её соблюдением.

Андреев А. С.,

врач-психиатр, стаж работы 40 лет, заведующий отделением психиатрической больницы Новочеркасского филиала психоневрологического диспансера, член Ростовского областного отделения РОП.

Бухановская О. А.,

врач-психиатр высшей квалификационной категории, стаж работы 30 лет, судебно-психиатрический эксперт, кандидат медицинских наук, член правления Ростовского областного отделения РОП.

Величко Д. А.,

депутат Законодательного собрания РО.

Меркачёва Е. М.,

журналист, писательница, общественный деятель и правозащитник, член Совета при Президенте РФ по развитию гражданского общества и правам человека.

Перехов А. Я.,

врач психиатр, стаж работы 40 лет, кандидат медицинских наук, доцент кафедры психиатрии и наркологии РостГМУ, вице-президент НПА России, член РОП.

Симаков И. Б.,

член Общественного совета по защите прав предпринимателей при Прокуратуре области, член Федерального политического совета.

Хуруджи А. А.,

глава комитета «по Правозащите» ВПП «Новые люди», советник заместителя председателя Государственной Думы Федерального Собрания Давакова В. А.

(Публикуется в сокращении.)

От редактора. Застарелая проблема фиксации (привязывания) беспокойных больных сложна и неоднородна. Для некоторых это лучше, чем введение нейролептиков, для других было бы достаточно даже простого участия. Это проблема не только психиатрическая. Больше полувека назад Виктор Михайлович Морозов привез из Лондона образцы мягких манжетов, но в печати это было повернуто не той стороной: «на Западе до сих пор используют наручники». С 1990-х годов были разработаны тщательные рекомендации этой процедуры с обязательной фиксацией времени. Но жёсткость этих предписаний сделала их нереалистичной декларацией и бременем в конкретных условиях. В результате вяжут чем попало и часто слишком туго. Серьезные кровоподтеки от этого не редкость.

Однако то, что произошло в описываемом в газете случае, настолько выходит за все пределы допустимого, что не заслуживает не оправдания, ни смягчения вины.

Между тем обнаружилась еще одна верхушка айсберга. 28 июля в результате сухой голодовки протеста в Биробиджане умер в заключении, арестованный в мае, высокоодаренный пианист и писатель Павел Кушнир, автор двух романов авангардной прозы, один из которых издан 8 лет назад в Дюссельдорфе. 13 августа появился драматический, очень содержательный и яркий репортаж о нем на «Радио Свобода», объявленной у нас нежелательной организацией.

Человек, который предпочел столичному городу и даже Берлину Биробиджан², фактически край традиционной ссылки, который воспевал красоту его природы и его привольную для творчества атмосферу, и активно участвовал в культурной музыкально-концертной и просветительской деятельности, был уничтожен бездушной бюрократической системой, которая уже не отличается от того устрашающего будущего, которую нам сулит господство роботов.

Это был глубоко верующий человек, непреклонно и безоглядно называвший вещи своими именами вопреки всем запретам, характерный типаж со времен Аваакума, с натурой любимого им А. Н. Скрябина, лейтмотивом текстов которого к музыке «Поэма огня» и «Поэма экстаза» было: «я Бог, я Бог», высоко духовный идеалист и в личной жизни, проповедующий гуманные идеи в роли вопиющего в пустыне, типаж, которого умная власть с древних пор предпочитала игнорировать, даже использовать в качестве индикатора и/или провокатора, а обыватели называли помешанным юродивым.

Но его поместили к уголовникам, которые над ним издевались — известный прием издевательства со стороны всей следственно-судебно-фсиновской пирамиды.

Не нашлось последователя Н. П. Бруханского, (поддержанного П. Б. Ганнушкиным), согласно первому советскому руководству «Судебная психиатрия» 1927 г. Такие отчаянные правдолюбцы подлежат экскульпации как девиантные личности, что могло предотвратить легко прогнозируемую в данном случае трагедию. Но в нашем отечестве мартиролог погубленных властью очевидных для всех гениев во всех профессиях потрясает. Власти не нужны гении? Но кому нужна такая власть?

Проблемы тюремной медицины объявлялись центральными первым постсоветским министром здравоохранения академиком А. И. Воробьевым, приводившим в пример «Остров Сахалин» А. П. Чехова, как фактически его докторскую диссертацию, и деятельность незабвенного доктора Гааза. Но и тогда почва не благоприятствовала этому. А сейчас, при необходимости вызова скорой помощи в тюрьму, необходимо согласование, а камеру вправе открыть только четверо сотрудников, и т.п.

Без свободной деятельности ОНК и широкой общественной поддержки с этой проблемой не справиться.

² Биробиджан — Еврейская автономная область (ЕАО), образованная в Хабаровском крае 7 мая 1934 г., когда Гитлер, придя к власти в 1933 г. предлагал всем странам принять изгоняемых евреев. Территория 36 тыс. км², население около 200 тыс. (для сравнения: Израиль — 20 тыс. км² и 6 млн. человек). Альтернативный план создать такой очаг в степном Крыму, где уже были организованы еврейские колхозы, был жёстко пресечён (территория Крыма 27 тыс. км²).

Пришла пора...

В последние годы случились многочисленные подвижки в социальной сфере страны по пересмотру некоторых ошибочных шагов государства в сферах здравоохранения, образования, культуры.

Стало очевидным, что ЕГЭ при всей его «справедливизации» процесса приема в вуз новых студентов, нанес серьезнейший удар по общему уровню среднего образования наших детей. И с этим что-то нужно делать! Общество поняло, что брошенные в пучины безбрежной свободы культура, особенно театральная и кинокультура, позаимствовав не самые лучшие образцы толерантности к сексуальной разнузданности и псевдосвободе самовыражения (когда некие художники устраивали перформансы на главной площади страны, приколачивая свои гениталии к брусчатке), требуют банальной дисциплины и самоограничения в своих творческих порывах, чтобы избавиться от пошлости и цинизма, уродующего души наших детей.

Дошла очередь и до здравоохранения, до переоценки результатов оптимизации, монетизации, бесконечных шараханий в отношении муниципальной медицины и участковой службы. Некогда, одна из самых лучших (хотя и весьма бедных) в мире организация здравоохранения в Союзе, желая следовать в фарватере западной модели, скатилась до роли аутсайдеров в ВОЗ. Более того, мы наконец-то поняли, что и требования ВОЗ — не истина в последней инстанции, что даже МКБ-11 требует серьезного отношения к своим «революционным новациям».

Может быть, пришло время и психиатрической обществу вставить свое робкое слово в переоценку тех инноваций и шараханий по организации службы, которые иначе чем вредительством, назвать невозможно.

1) Правительственное решение 1995 года о закрытии хозрасчетных мастерских в психиатрических больницах и диспансерах. Особо нелепое на фоне нарождающегося капитализма и стимулирования рыночных отношений, при полном отсутствии финансирования на цели трудовой реабилитации в бюджетах государственных учреждений. Естественно, одно — это решение привело к массовой смерти разнообразных форм внутрибольничной реабилитации. Расчет на создание специальных цехов, по типу Калужских, остался в объеме всей страны научной фантастикой. Нужно немедленно отменять это решение, признав его ошибочным.

2) Решение о переподчинении муниципальных психиатрических кабинетов, межрайонных психиатрических отделений больниц, городских

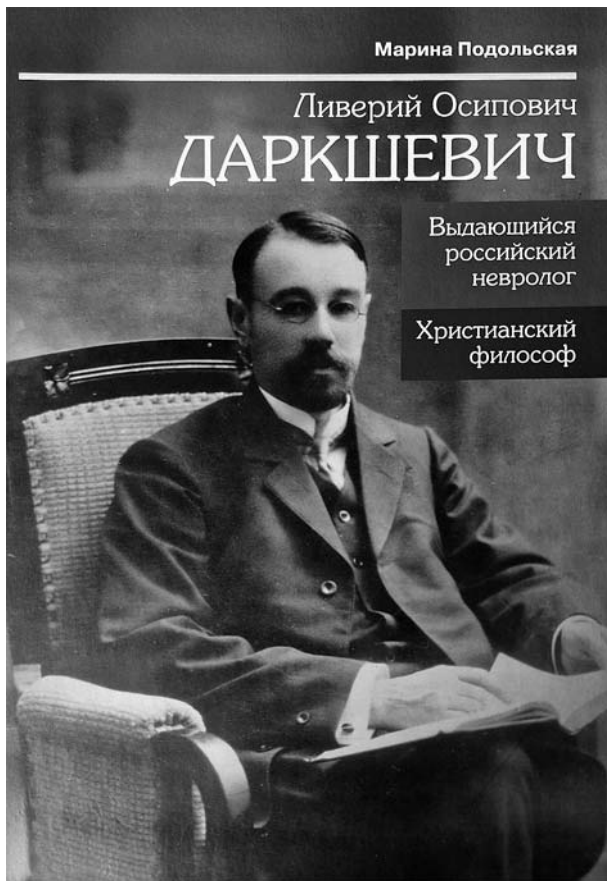
диспансеров и выведение их из-под руководства субъектных психиатрических монстров — областных и республиканских больниц. Спустя 80 лет после появления первых диспансеров в СССР, когда в течение всех этих лет психиатрия «шла в народ», приближалась к населению, и это был один из главнейших принципов советской психиатрии, было принято ошибочное решение об удалении службы от населения. Мы говорили об этом и 18 лет назад, и 10 лет назад, и уже можно видеть итоги этого поворота психиатрической судьбы. Позакрывались десятки кабинетов на периферии, перестали существовать некогда прекрасные межрайонные отделения при ЦРБ и городских соматических больницах, главные врачи многих муниципальных диспансеров и больниц лишились не только финансовой самостоятельности, но и благоприятного отношения местных органов власти, так как стали для них «чужими». Сама надежда на «укрепление руководства» из центров областей и республик была утопична с самого начала. В России, где размеры субъектов федерации превышают размеры многих европейских государств, ожидать реального, ежедневного, систематического руководства и его включения в повседневные проблемы и нужды муниципальных очаговой психиатрии — есть фантазия чиновничества, полагающего, что и сегодня актуальна поговорка: «Вот приедет барин, барин нас рассудит».

3) Упразднение поголового освидетельствования всех граждан страны на предмет годности к тем или иным видам трудовой деятельности, как ненужного с одной стороны и как реальной профанации психиатрического освидетельствования при сотнях, проходящих за один день граждан через комиссию из трех врачей (в лучшем случае). Сокращение таких профилактических осмотров только до претендентов на профессии с действительно опасными и вредными условиями труда, привело бы к улучшению качества самих освидетельствований и к экономии сил и средств психиатрических учреждений.

Эти мысли не претендуют на истину в последней инстанции, хотелось бы, чтобы психиатры, работающие «в поле», включились в обсуждение. А что, коллеги, вы думаете по поводу этих «контрреволюционных» ожиданий?

**Беккер И. М., врач-психиатр
с 52-летним стажем**

Новозаветная неврология



Подольская М. А. Ливерий Осипович Даркшевич: выдающийся российский невролог, христианский философ. — Казань: ИД «МедДок», 2024. — 280 с. Тираж 1000 экз.

Жизнь и творчество выдающегося профессора неврологии Ливерия Осиповича Даркшевича (1858 – 1925) были освещены в блестящей монографии не менее выдающегося невролога (невропатолога) Якова Юрьевича Попелянского (1917 – 2003) (Попелянский Я. Ю. Профессор Ливерий Осипович Даркшевич. — Казань, Татарское книжное издательство, 1976). Книги отличаются. Первая издана на газетной бумаге в мягкой обложке с минимумом иллюстраций. Вторая — на офсетной бумаге формата А4 в твердом переплете (дизайн обложки заслуженного художника РФ и лауреата Госпремии Республики Татарстан Г. Л. Эйдинова) с множеством фотографий.

Книга Попелянского, написанная великолепным языком, полна глубокомысленных раздумий. «Читатель ждёт цельности образа. Автор, повинаясь той же потребности, пытается его создать. Только очень часто цельным оказывается лишь изложение, а не образ. Мы не обладаем

обилием материалов не только для создания целостного образа, но и для сплетения прочной ткани изложения. Жизнь непрерывна, но наша память не способна к воспроизведению непрерывного потока событий (даже в отношении собственной жизни), к воспроизведению часов, а то и одних лишь мгновений. Мы не в состоянии предложить читателю «целостный образ Л. О. Даркшевича», — констатирует Яков Юрьевич (с. 99).

Как вспоминает автор рецензируемой книги — невролог и физиотерапевт, кандидат медицинских наук, доцент Казанской государственной медицинской академии Марина Подольская, — незадолго до отъезда в США в 2001 г. профессор Попелянский признался своей ученице и биографу: «Сейчас я написал бы совершенно другую книгу о профессоре Даркшевиче. Не успел всего сказать» (с. 8). Новая книга написана прекрасным языком, хорошо иллюстрирована фотографиями из архива автора, архива Я. Ю. Попелянского, музеев Казанского государственного университета и Казанской госмедакадемии, а также музея Сеченовского университета. Как справедливо отмечают научные редакторы В. Ю. Альбицкий и А. С. Созинов, «это произведение — глубокий научный историко-медицинский труд». Не менее важны и этические уроки. Например, ординаторам запрещалось называть больных по фамилии — только по имени и отчеству. Безусловной заслугой автора является сохранение архива Даркшевича и публикация его незавершенного очерка «Иисус Назорей». История пропажи и обретения этого текста заставляет вспомнить булгаковское «Рукописи не горят». Впервые введены в оборот документы из Государственного архива Республики Татарстан. Но удалось ли создать целостный образ Даркшевича?

Биография учёного и клинициста дана в историческом контексте. Повествуется о его семье (жаль, нет генеалогического древа и почти ничего не сказано о сыне Владимире, тоже невропатологе), учебе на медицинском факультете Императорского Московского университета (ИМУ), стажировке в клиниках и лабораториях Европы, работе ординатором в клинике А. Я. Кожевникова. Четверть века (с 1892 по 1917 гг.) Л. О. Даркшевич был профессором по кафедре нервных болезней Императорского Казанского университета. Казанскому периоду отведены три главы, где раскрывается его научная, педагогическая, организаторская и общественная деятельность. Особое место занимает трёхтомный «Курс нервных болезней» — первое отечественное руководство по неврологии. В книге Попелянского говорится не только о достижениях, но и об ошибках и за-

блуждениях Даркшевича (например, при объяснении этиологии неврита седалищного нерва): «Почитать великих учителей — это не значит смотреть на мир их глазами, а вглядываться в него, как говорил Ньютон, стоя на плечах гигантов-учителей». «Наши выдающиеся предшественники продолжают нам помогать не только своими яркими открытиями и предвидениями, но и (в чём-то) своими ошибками», — считал Яков Юрьевич. Об ошибках Даркшевича в книге Подольской не упомянуто.

Яркими представителями созданной Даркшевичем Казанской неврологической школы были А. В. Фаворский, В. П. Первушин и Г. У. Клячкин, которым посвящены отдельные очерки. Но почему такой чести не удостоились В. К. Ворошилов, Н. Г. Осокин и П. О. Эмдин? Почему нет очерков о московских учениках Даркшевича — И. Ю. Тарасевиче, Н. В. Коновалове, В. В. Михееве, М. М. Моделе, А. Г. Златоверове и др.?

В завершение рассказывается о «втором московском периоде» Даркшевича — возвращении в 1917 г. в alma mater ординарным профессором по кафедре систематического и клинического учения о нервных и душевных болезнях, организации Государственной Высшей медицинской школы и Московского клинического института повышения квалификации врачей (МКИ), консультации В. И. Ульянова-Ленина, а также о Даркшевиче как христианском философе.

В качестве приложения опубликованы его «Беглые характеристики деятелей из времён Священного Писания. К вопросу об истерии в истории народов». Первый очерк «Апостол Павел» был опубликован в 1923 г. в Берлине, а второй, как отмечалось выше, печатается впервые. По словам Подольской, «профессор Даркшевич взял на себя смелость освобождения Нового завета от басен, побасенок, вымыслов и чудес. Диагнозы Иисусу, апостолам Павлу и Петру поставлены (истерия — Б. Л.). Их чудеса объяснены и низвергнуты их сферы божественного промысла в область компетенции врача невропатолога» (с. 166). «Мы не стоим и не можем стоять на той точке зрения, что канонические евангелия не подлежат нашей критике. В тех пределах, в которых они прегрешают против взглядов наших наук, они должны исправляться, и что подлежит исправлению, то уже не может считаться за неоспоримую истину», — писал Даркшевич. «Человечество уже поняло, что прогресс одного интеллекта не даёт ему покоя; для покоя, для уюта на земле необходим ещё прогресс моральной стороны души, необходимо постепенное совершенствование его психики», — отмечал он. И прогнозировал: «В будущем основы Иисусова учения, несомненно, сделаются основами жизни каждого культурного народа».

«Работы Л. О. Даркшевича, посвященные роли истерии в поведении персонажей священ-

ного писания, — лишь часть его многолетних исследований по неврозам», — считал Попелянский (с.161). Но что представляли собой эти исследования? К сожалению, в книге Подольской очерки Даркшевича опубликованы без примечаний и комментариев, а ведь за прошедшее столетие могли быть предложены различные трактовки поведения библейских персонажей историками, неврологами и психиатрами. Упомянута лишь статья Я. В. Минца «Иисус Христос как тип душевнобольного», напечатанная в 1927 г.

Отечественная литература по истории неврологии очень бедна, и на таком пустынном ландшафте яркая книга М. Подольской особенно впечатляет. Но «И на солнце бывают пятна». Зачем называть организованный А. Я. Кожевниковым в 1869 г. доцентский курс нервных и душевных болезней при терапевтической кафедре «первой в мировой университетской практике кафедрой нервных и душевных болезней» (с. 33)? По утверждению автора, «успехи зарубежных оперирующих невропатологов неизбежно вели Ливерия Осиповича к началу таких же вмешательств в Казани» (с.75). Назовите хотя бы одного оперирующего невропатолога в 1890-е гг. Оперировали только хирурги. Первым «хирургом-невропатологом» стал в 1900-е гг. Л. М. Пуссеп. Предположение, что операционная в нервной клинике появилась в 1910 г. ничем не документировано. Можно ли назвать 14 трепанаций черепа и два случая удаления опухоли спинного мозга А. В. Вишневским за три года работы в клинике Даркшевича «беспрецедентным для того времени числом нейрохирургических вмешательств» (с. 84)? Императорская военно-медицинская академия не могла в 1916 г. называться медико-хирургической (название изменили в 1881 г.) (с. 103). Оказывается, «Россолимо сменил скончавшегося в 1916 году Владимира Карловича Рота» (с. 143). На самом деле Рот ушел из ИМУ в 1911 г., а Россолимо туда вернулся в 1917, сменив скончавшегося в 1916 г. Владимира Александровича Муратова. На каком основании утверждается, что В. М. Бехтерев поставил Ленину диагноз «нейросифилис» (с. 155)? Предположения, что Даркшевич также склонялся к такому диагнозу, голословны. Почему Жозеф Бабинский стал Жаном (с. 114 и с. 159)? К сожалению, в тексте встречаются опечатки. Отсутствуют именной и предметный указатели. Остаётся надеяться, что эти мелкие замечания будут учтены при переиздании замечательной книги о Л. О. Даркшевиче, а другие выдающиеся неврологи удостоятся такого же внимания.

Болеслав Лихтерман

Приостановка минюстом до 5 декабря деятельности НПА России

«Распоряжение Минюста от 4 июня 2024 года: на основании части 2 статьи 42 Федерального Закона от 19 мая 1995 г. № 82/ФЗ «Об общественных объединениях» приостановить на шесть месяцев деятельность Общероссийской общественной организации «Независимая психиатрическая ассоциация России» (учетный № 0012011064) Зам. министра О. М. Свириденко».

17 июня 2024 г. получен следующий текст.

«Направляем копию распоряжения Министерства юстиции Российской Федерации от 4 июня 2024 г. № 683-р, которым на срок до 5 декабря 2024 г. приостановлена деятельность Общероссийской общественной организации «Независимая психиатрическая ассоциация России» (далее — Организация), учетный № 0012011064, ОГРН 1037739744415.

Одновременно сообщаем, что согласно статье 43 Федерального закона от 19 мая 1995 г. № 82-ФЗ «Об общественных объединениях» (далее — Закон № 82-ФЗ) в случае приостановления деятельности общественного объединения приостанавливаются его права как учредителя средств массовой информации, ему запрещается организовывать и проводить собрания, митинги, демонстрации, шествия, пикетирование и иные массовые акции или публичные мероприятия, принимать участие в выборах, использовать банковские вклады, за исключением расчетов по хозяйственной деятельно-

сти и трудовым договорам, возмещению убытков, причиненных его действиями, уплате налогов, сборов и штрафов. Если в течение установленного срока приостановления деятельности общественное объединение устраняет нарушения, послужившие основанием для приостановления, то оно возобновляет свою деятельность по решению органа, приостановившего эту деятельность.

В соответствии со статьей 44 Закона № 82-ФЗ в случае неустранения Организацией в установленный срок нарушений, послуживших основанием для приостановления ее деятельности, федеральный орган исполнительной власти, уполномоченный в области государственной регистрации общественных объединений, вправе обратиться в суд с заявлением о ликвидации Организации. (Приложение: на 1 л. в 1 экз.)

Директор Департамента по защите национальных интересов от внешнего влияния О. В. Киселева».

От редактора. Удивление, вопреки тому, что уже ничто не удивляет, вызывает название Департамента Минюста России, приславшего разъяснение этого исторического документа. Все пять слов названия этого Департамента к нашей деятельности не относится. Противоречив запрет собраний с предписанием провести внеочередной съезд для принятия предъявленных поправок в Устав Ассоциации.

Новый неожиданный генеральный директор ВНЦПЗ РАН

Один из центральных руководящих постов отечественной психиатрии — генерального директора ВНЦПЗ РАН, т.е. бывшего академического института психиатрии, прославленного именем акад. А. В. Снежневского, совершенно неожиданно для всех, так как на этот пост официально готовился д.м.н. А. С. Березкин, и были более значимые претенденты, заняла (правда

и.о.) жена сына экс. генерального прокурора Ю. А. Чайка, возглавлявшая до этого отделение судебной психиатрии у главного психиатра Москвы и главного врача КИБ № 1 проф. Г. П. Костюка, на которое нам поступало наибольшее количество жалоб, известная как чрезвычайно активный и решительный руководитель, начавшая свою деятельность в стиле и духе

С. В. Шпорт, т.е. военно-командном, не считаясь с отсутствием отношения к РАН. Впрочем, своим помощником она выбрала заслуженного профессора — проф. Александра Николаевича Корнетова из Томска, из династии в пяти поколениях известных ученых, в четырех — профессоров, в трех — известных психиатров. Алексей Николаевич (1924 – 1994) основоположник Крымской психиатрической школы. Николай Алексеевич

(1948 – 2021) благожелатель нашей ассоциации, участник одного из последних съездов. Профессиональные династии, даже в одном учреждении, — достоинство, а не недостаток, как считалось в советское время. Александр Николаевич Корнетов представитель Томской психиатрической школы и Сибирского отделения Российской академии наук.

Две международные врачебные организации объявлены нежелательными

15 августа Минюст по решению Генеральной Прокуратуры расширил список нежелательных в РФ организаций двумя международными врачебными организациями «Врачи мира» и «Врачи без границ», который превысил 186 иностранных организаций, последней из которых 14.08.2024 г. была чешская — «За вашу и нашу свободу». Первыми с 29.07.2015 г. в списке значатся американские «Национальный фонд демо-

кратии», Институт и фонды «Открытое общество». Теперь среди них «Врачи против насильственного извлечения органов» (2020), образовательные, экономические, религиозные, благотворительные, правозащитные («Агора», 2023, Болгария) и Дома прав человека в 2023 г., гендерные, феминистские, коренных народов, антивоенные, исторические и др.

Трагедия в Биробиджане

28 июля в результате сухой голодовки протеста в Биробиджане умер в заключении, арестованный в мае, высокоодаренный пианист и писатель Павел Кушнир, автор двух романов авангардной прозы, один из которых издан

8 лет назад в Дюссельдорфе. 13 августа появился драматический, очень содержательный и яркий репортаж о нем на «Радио Свобода», объявленной у нас нежелательной организацией.

Якутскому шаману снова продлили стационарное лечение

Стоит напомнить, что комплексное психолого-психиатрическое обследование Александра Габышева экспертной комиссией НПА России в октябре 2019 г., подтвердило первоначальное реше-

ние Якутского ПНД о возможности амбулаторного лечения Александра Габышева, от которого он не отказывался, что было и продолжает игнорироваться вопреки очевидности (НПЖ 2023 3, 91 – 92).

Сознательная небрежность?

Рекомендации Минздрава относительно в частности «лечения расстройств личности» всполошила общественность нелепым или намеренно угрожающим упоминанием среди психотерапевтических мер электросудорожной терапии.

Это нелепо в отношении расстройств личности и легко прогнозируемой реакции населения, в воображении которого жива устрашающая технология прошлого, неизвестна униполярная ЭСТ и мн. др.

Унижение адвокатов

12 августа Пятый кассационный суд общей юрисдикции отменил оправдательный приговор адвокату из Кабардино-Балкарии (КБР) Диане Ципиновой по делу о применении насилия в отношении полицейского. Уголовное дело против нее было возбуждено в мае 2020 года. Тогда конфликт с полицейскими случился у ее коллеги адвоката Ратмира Жилокова. По версии следствия тот «ударил одного из сотрудников МВД лбом в голову и толкнул». Господин Жилоков позже отрицал этот факт и утверждал, что, оказывая помощь клиентке, лишь указал полицейским на отсутствие ряда необходимых документов. Адвокатов Наталью Магову, Людмилу Кочесокову и Диану Ципинову полицейские к задержанному коллеге не пустили, аргументируя, что у них нет «адвокатского ордера, а также масок и перчаток» (в тот момент действовали эпидемиологические ограничения). Как говорится в материалах дела, госпожа Ципинова «неоднократно пыталась прорваться в здание (полиции — «Ъ»), а сотрудника полиции, пытавшегося ей помешать, ударила рукой в лицо и затем ногой в область паха». Сама она утверждает, что силу применили против нее. По словам госпожи Ципиновой, ее «затащили» в отдел, всю ночь продержали в наручниках и «угрожали сексуальным насилием». Медэкспертиза впоследствии зафиксировала у пострадавшей многочисленные следы побоев, кровоподтеки в области груди и перелом левой лучевой кости.

Диана Ципинова и Ратмир Жилоков обратились в СКР и прокуратуру с жалобой на превышение полномочий полицейскими (ч. 3 ст. 286 УК РФ). Являвшийся тогда президентом Федеральной палаты адвокатов (ФПА) Юрий Пилипенко обратился к главе МВД Владимиру Колокольцеву, заявив о «грубейшем нарушении профессиональных прав адвокатов и требований закона». Но СКР не нашел в действиях правоохранителей признаков преступления. В отношении Ратмира Жилокова и Дианы Ципиновой возбудили дело о применении насилия по отношению к сотруднику полиции (ч. 1 ст. 318 УК РФ). Видеосъемка, которая велась в отделе полиции, показывает, что женщина дала пощечину сотруднику полиции.

В январе 2023 года Урванский райсуд КБР приговорил господина Жилокова к полутора годам лишения свободы. Через два месяца ВС КБР изменил приговор — адвокату назначили штраф в 100 тыс. руб. Адвокат Диана Ципинова райсудом была признана невиновной; в ноябре 2023 года ВС КБР утвердил решение первой инстанции. Однако в 2024 году заместитель гене-

рального прокурора РФ Игорь Ткачев направил кассационное представление с требованием отменить приговор и пересмотреть дело. В частности, необоснованным в ведомстве сочли заключение суда о том, что полицейский причинил госпоже Ципиновой телесные повреждения и совершил в отношении нее «насильственные действия, имеющие элементы сексуального характера, публично унизив ее и оскорбив», — для этого необходима экспертиза специалиста в области сексологии. В ведомстве также отметили, что суд принял во внимание «исключительно доказательства стороны защиты и оставил без должной оценки доказательства стороны обвинения».

Защитник госпожи Ципиновой, заместитель председателя комиссии совета ФПА по защите прав адвокатов Ивер Гаспарян в ответном возражении настаивал, что полицейские были обязаны пропустить адвокатов в здание «по предъявлению служебного удостоверения». Кроме того, заметил он, факт «совершения насильственных действий, имеющих элементы сексуального характера, публичного унижения» установлен экспертом-психологом.

Однако 12 августа защитников Дианы Ципиновой, среди которых была и президент ФПА Светлана Володина, ждала неудача: Пятый кассационный суд поддержал позицию Генпрокуратуры, уголовное дело возвращено в Урванский районный суд КБР. Это решение будет обжаловано в Верховном суде, когда адвокаты получат мотивировочную часть решения.

Дело госпожи Ципиновой стало одним из поводов для разработки рабочей группой под руководством советника ФПА Евгения Рубинштейна законопроекта об уголовной ответственности за воспрепятствование адвокатской деятельности. Господин Рубинштейн пояснил, что палата выбирает наиболее эффективную возможность внесения законодательной инициативы. В июне этого года ФПА подготовила алгоритм действий для защитников, столкнувшимся с нарушением профессиональных прав.

Замглавы думского комитета по безопасности и противодействию коррупции («Единая Россия») Анатолий Выборный считает дело адвоката Ципиновой «частным случаем», отмечая, что ФЗ «Об адвокатуре» и так «предоставляет адвокатам многочисленные гарантии при осуществлении деятельности», предусматривая «невозможность вмешательства в адвокатскую деятельность, привлечение адвоката к ответственности за выраженное им при осуществлении

профессиональной деятельности мнение и особый порядок уголовного преследования адвокатов».

**Эмилия Габдуллина,
Ксения Веретенникова**
(Коммерсант. 13.08.2024. № 144, с. 5).

Словно не ясно за что адвокат может дать пощёчину полицейскому. Достоверность этого определил эксперт-психолог, а характер травм от побоев — мед-эксперт. Все решает амбиция ведомств, их иерархия. Мы изменили только заголовок (Ред.).

Эвтаназия — опрос ВЦИОМ

Каждый второй (49 %) участник опроса Всероссийского центра изучения общественного мнения (ВЦИОМ) летом 2024 года считает, что в РФ нужно разрешить эвтаназию для неизлечимо больных. Этот показатель практически

не меняется пять лет, а вот людей, которые выступают решительно против добровольного ухода из жизни, стало меньше: в 2019 году такую позицию занимали 40 % респондентов, в 2024-м 33 %.

Необходимость научного навигатора

Головоломные ситуации в университетских кампусах в США, превосходящие студенческие выступления 1968 г. во Франции, а также внутриполитическое и военное положение в Израиле

на протяжении последних нескольких месяцев прояснены блестящим социологическим анализом Виктора Вайнштейна. Это поучительное средство от упрощенных одномерных представлений.

Столетие Григория Яковлевича Авруцкого

Славный юбилей выдающегося профессионала Григория Яковлевича Авруцкого, которым все мы вправе гордиться, был отмечен 25 сентября торжественным заседанием под председательством генерального директора Центра им. В. П. Сербского С. В. Шпорт, хотя организатором и основным докладчиком выступил преемник юбиляра Сергей Николаевич Мосолов. Как и на прошлом юбилее 10 лет назад, его превосходное и, казалось полное, без купюр изложение организационной и научно-практической лечебной деятельности Григория Яковлевича не акцентировало не менее важное — тонкое чутье в отношении подбора незаурядных творческих сотрудников, усилия которых положило начало в 60-е годы успеху отдела и выдающейся отечественной школе психофармакотерапии, неотделимой от имени Григория Яковлевича.

В начале 90-х годов многие из этих первопроходцев — А. А. Недува, С. Т. Зайцев, А. В. Немцов, А. И. Нисс, Дм. Хмелевский — стали членами Независимой психиатрической ассоциации России.

Вклад Григория Яковлевича Авруцкого и его замечательного коллектива принадлежит нам всем и в этом его плодотворная значимость.

Превосходным итогом выступлений и воспоминаний учеников Григория Яковлевича, в частности из Израиля, его соавтора А. А. Недувы и И. Д. Еникеева из США, дала презентация образцово изданной книги «Григорий Яковлевич Авруцкий. Избранные труды, лекции, воспоминания современников» (Москва, 2024, 446 с.) с множеством редких фотографий. Очень жаль, что тираж всего 200 экземпляров.

Ложная беременность императрицы Александры Фёдоровны в контексте проявления истеро-шизоидных черт характера

М. А. Сюткина, Ю. В. Коцюбинская, Д. А. Коцюбинский, М. А. Кайгородцев

Статья представляет собой междисциплинарное исследование, посвящённое не изученной до сих пор теме: комплексному научному объяснению истории случившейся в 1902 г. ложной беременности супруги Николая II Александры Фёдоровны. Репутации последней российской императрицы этим событием был нанесён серьёзный урон, что стало одним из факторов падения авторитета царской власти в начале XX в. Медико-психологической экспертизе предпослан подробный исторический очерк, вводящий читателя в событийный и фактологический контекст. Авторы статьи приходят к выводу о том, что Александре Фёдоровне была присуща истеро-шизоидная акцентуация характера, осложнённая институциональными проявлениями излишней тревожности, что, в свою очередь, способствовало развитию конверсионного расстройства в форме ложной беременности (психогенного псевдоциеза). Наиболее существенную роль в данном случае сыграла акцентуация экзальтированно-истероидных характерологических особенностей, а в качестве модифицирующих факторов выступила слабость психологических адаптационно-компенсаторных механизмов, восходившая к шизоидным чертам характера и усугублённая полнотью истероидного и шизоидного характерологического радикалов.

Ключевые слова: Александра Фёдоровна, Николай II, «доктор Филипп», ложная беременность, акцентуация характера, истероидность, шизоидность, конверсионное расстройство.

Фигура последней российской императрицы Александры Фёдоровны, её значение для императора Николая II и отношение к ней общественности — как Двора, так и столичной элиты, — сыграли не последнюю роль в событиях, приведших к крушению монархии в России. Александра Фёдоровна (далее — А. Ф.) не пользовалась популярностью в придворных кругах и среди образованной публики Петербурга (Петрограда) и Москвы¹. Одной из причин психологически сложного положения, в котором оказалась царица, помимо её застенчивости, которую принимали за высокомерие², было отсутствие у царской четы наследника мужского пола после уже четырёх рождённых дочерей. Данное обстоятельство заставило

Николая и Александру обратиться к различного рода мистическим практикам как религиозного, так и оккультного характера. Особое место в этом контексте сыграла получившая широкий общественный резонанс история ложной беременности А. Ф., случившаяся в 1902 г.

В 1901 году, при посредничестве вел. кн. Милицы Николаевны, царская чета познакомилась с медиумом Низье Антельмом Филиппом. Как вспоминал С. Ю. Витте, «лица, его [Филиппа — авт.] знавшие, говорили, что он вообще человек умный и имеет какую-то мистическую силу над слабовольными и нервными»³.

Об истории знакомства «мсье Филиппа» с Николаем и Александрой известно в пер-

¹ Нарышкина Е. А. Мои воспоминания. Под властью трёх царей / Вступ. статья, сост., подгот. текста, перевод и коммент. Е. В. Дружининой. — М.: Новое литературное обозрение, 2014. С. 334 – 335.

² Там же.

³ Витте С. Ю. Воспоминания. Т. I. Ленинград: Государственное издательство, 1924. С. 215.

вую очередь из воспоминаний и писем современников⁴. Близкие родственники царской четы и политические деятели оценивали это знакомство негативно.

В частности, муж сестры А. Ф. — Елизаветы Фёдоровны — вел. кн. Сергей Александрович (далее — С. А.) отмечал в своём дневнике 1 июля 1902 года: «А цари глупят с каким-то магнетизёром — *un espèce de Calioistro — introduit par les stupides montènegrines!* (некто вроде Калиостро, которого привели эти глупые черногорки! — фр.)»⁵; и 14 августа 1902 года: «Убийственное подозрение гипноза над царями»⁶.

Вел. кн. Константин Константинович свидетельствовал в дневнике 24 августа 1902 года: «Сергей [вел. кн. Сергей Александрович, — авт.] утверждает, что Их Величества впали в мистическое настроение, что они на Знаменке⁷ молятся с Филиппом, что не могут дождаться минуты ехать на Знаменку, проводят там долгие вечера и возвращаются оттуда в каком-то восторженном состоянии, как бы в экстазе, с просветлёнными лицами и блестящими глазами»⁸.

С. Ю. Витте записал в своих воспоминаниях разговор с бароном Альфонсом Ротшильдом, который поведал российскому министру финансов относительно распространяемых во Франции слухов о влиянии Филиппа на царскую чету и заметил, что

многие слухи, возможно, преувеличены, но «факт всё-таки несомненный, что шарлатан доктор Филипп видится с Их Величествами, почитается ими чуть ли не за святого и имеет существенное влияние на их психику»⁹.

«Доктор Филипп», прославив жуликом и шарлатаном, так и не смог на своей родине, во Франции, заполучить звание врача и подтверждающие это документы. В России же, войдя в расположение к Николаю II, он сумел добиться желаемого и был, согласно свидетельству ряда источников, пожалован дипломом доктора медицины от Императорской Военно-медицинской академии. Как пишет С. Ю. Витте¹⁰, требование выдать Филиппу диплом было адресовано лично военному министру А. Н. Куропаткину, который это приказание и исполнил, но был вынужден сделать это тайно: обнаружить свидетельства, подтверждающие официальное присвоение Низье Филиппу звания доктора медицины, пока не удалось¹¹. Косвенным подтверждением сообщения Витте может служить запись в дневнике императора от 9 ноября 1901 года: «Провели остаток дня и весь вечер с нашим другом [Филиппом, — авт.]. Я ему достал диплом на звание лекаря из Военно-Медицинской академии; Николаша [вел. кн. Николай Николаевич, — авт.] тотчас же заказал ему мундир нашего военного врача...»¹². Таким образом, еще

⁴ Дневник А. А. Половцева // Красный архив. 1923. Т. 3. С. 153; Палеолог М. Ж. Дневник посла. — М., 2003. С. 106 – 110; Витте С. Ю. Воспоминания. Полное издание в одном томе. — М., 2010. С. 550 – 552; Нарышкина Е. А. Мои воспоминания. Под властью трех царей. — М., 2014. С. 348, 350, 354 – 355; Великая княгиня Елисавета Феодоровна и император Николай II. Документы и материалы (1884 – 1909 гг.) / Авт.-сост. А. В. Ефимов, Е. Ю. Ковальская. — СПб: Алетей, 2021. 848 с.

⁵ ГАРФ. Ф. 648. Оп. 1. Д. 38. Л. 94. Цит. по: Великая княгиня Елисавета Феодоровна и император Николай II. Документы и материалы... С. 586.

⁶ ГАРФ. Ф. 648. Оп. 1. Д. 38. Л. 116. Цит. по: Там же, с. 592.

⁷ Знаменка — мыза Знаменская, Знаменская дача: усадьба на Петергофской дороге (современный адрес — г. Петергоф, Санкт-Петербургское шоссе, д. 115), последним владельцем которой был вел. кн. Пётр Николаевич, женатый на Милице Николаевне Петровиц-Негош, черногорской княжне, сестре Анастасии (Станы) Черногорской, супруги вел. кн. Николая Николаевича Младшего.

⁸ Мейлунас А., Мироненко С. Николай и Александра. Любовь и жизнь. М., 1998. С. 244.

⁹ Витте С. Ю. Воспоминания. Т. I. Ленинград: Государственное издательство, 1924. С. 215.

¹⁰ Витте С. Ю. Воспоминания. Полное издание в одном томе... С. 551.

¹¹ Сидорчук И. В. «Доктор медицины» Низье Филипп: личность в контексте проблемы научных аберраций как формы досуга и истории взаимоотношений ученого сообщества и власти в России // Герценовские чтения 2020. Актуальные проблемы русской истории: Сборник научных и учебно-методических трудов Всероссийской научной конференции, Санкт-Петербург, 23 – 24 октября 2020 года / Редколлегия: А. Б. Николаев (отв. ред. и отв. сост.) [и др.]. — СПб: Центр научно-информационных технологий «Астерион», 2021. С. 221 – 226.

¹² ГАРФ. Ф. 601. Оп. 1. Д. 243. Л. 163 – 164, 167 – 168. Цит. по: Великая княгиня Елисавета Феодоровна и император Николай II. Документы и материалы... С. 561.

до претворения в реальность первейшего чаяния царской четы — рождения наследника — «мсье Филипп» уже был удостоен доверия и признания, выраженного в присвоении ему официального докторского звания.

Подобное происшествие может служить подтверждением того, что вера в мистицизм, которым была пронизана жизнь монаршей супружеской четы, не нуждалась в дополнительных доказательствах: положительный исход «лечения», осуществляемого «доктором» Филиппом, с самого начала не подвергался сомнениям. В дневниковых записях Николая и его переписке с женой и родственниками можно найти свидетельства глубокой веры, надежды и успокоения, которые приносило царской чете общение с Филиппом.

Так, 30 апреля 1902 года Николай писал принцессе Баденской Марии Максимилиановне (тёте Марусе): *«Наш друг провёл 4 дня с нами в Петербурге, как раз перед самым этим событием [убийством министра внутренних дел Д. С. Сипягина, — авт.], что значительно облегчило мне перенесение непосланного испытания. Словами невозможно передать впечатления, через которые мы все прожили от бесед его... После всего слышанного от него — так легко жить и переносить всякие невзгоды!»*¹³.

24 июля 1902 года А. Ф. писала мужу о своих чувствах к нему в контексте общения с Филиппом, умножавшего и углублявшего, по словам императрицы, её супружескую любовь: *«Слава Богу, что я принадлежу такому ангелу, которого я что ни день — люблю всё больше, а со времени появления нашего нового Друга — даже ещё больше и глубже»*¹⁴.

Ещё одним, притом особенно важным в контексте темы данной статьи, свидетельством влияния Филиппа на императрицу

может выступить воспоминание П. Г. Курлова, состоявшего в то время секретарём вел. кн. Елизаветы Фёдоровны (далее — Е. Ф.), об увиденном им на проходившей в первых числах марта 1902 года кустарной выставке в Таврическом дворце: *«Царственные сёстры прибыли на выставку в 9 с половиной часов утра. Мой отдел был первым от входа, и, когда я на пороге встретил императрицу, я увидел в ней другого человека: живая, обворожительная, любезная, простая до крайности. Она захватывала своим обаянием тех, к кому обращалась»*¹⁵. Обычно стеснительная и замкнутая императрица была совсем непохожа на себя, что могло быть следствием того, что она уже знала о своей «беременности» (в семейном кругу об этом было объявлено 11 апреля того же года¹⁶, а пополнение ожидалось в августе) и, находясь под внушением Филиппа, чувствовала себя, наконец, почти состоявшейся женой и матерью, способной исполнить главный свой долг — родить наследника престола.

Однако счастливого события в том году так и не случилось. Последствия же «лечения» доктора Филиппа вошли в историю как сюжет, связанный с ложной беременностью императрицы.

17 августа 1902 года в своём дневнике С. А. зафиксировал: *«Петергоф, Большой Дворец. ... прямо к Ники и Alix — она не пополнила, хотя ждут роды ежедневно — всё это непонятно, странно — всякого вранья на сей счёт слишком много, увы! Обедали у них — провели вечер у Минни [вдовствующая императрица Мария Фёдоровна, — авт.]. Только и речи о гипнотизёре французе Филиппе, которого цари часто видят»*¹⁷. И 18 августа: *«Петергоф. ... После 4 ч. к Alix — встретились с Ники — объявил мне, что у Alix оказалось, что никакой беременно-*

¹³ ГАРФ. Ф. 601. Оп. 1. Д. 1107. Л. 1 – 2 об. Цит. по: Великая княгиня Елисавета Феодоровна и император Николай II. Документы и материалы... С. 579.

¹⁴ ГАРФ. Ф. 601. Оп. 1. Д. 1148. Л. 37 – 40. — на англ. яз. Цит. по: Великая княгиня Елисавета Феодоровна и император Николай II. Документы и материалы... С. 590.

¹⁵ Курлов П. Г. Генерал Курлов. Гибель императорской России. Воспоминания — М.: Издательство «Захаров», 2002. [301 с.] С. 27.

¹⁶ ГАРФ. Ф. 648. Оп. 1. Д. 38. Л. 53. Цит. по: Великая княгиня Елисавета Феодоровна и император Николай II. Документы и материалы... С. 578.

¹⁷ ГАРФ. Ф. 648. Оп. 1. Д. 38. Л. 117 – 118. Цит. по: Великая княгиня Елисавета Феодоровна и император Николай II. Документы и материалы... С. 592.

сти нет!! 9 мес. не было регул!! и теперь всё насмарку; жаль их обоих, положение неприятное; пили чай у Alix — сконфужена бедная! Обедали у Минни — она поражена, как и все — только и разговоров! как объяснить, как объяснить?! Очень уж сложно...»¹⁸.

Государственный секретарь в отставке, сенатор и член Государственного совета А. А. Половцов так задокументировал это событие в своём дневнике:

«Государь по интригам двух черногорок (Милица и Стана) попал в руки подозрительного авантюриста, француза Филиппа, которому, не говоря о всяких других его проделках, мы обязаны постыдным приключением императрицыных лжеродов. Путём гипнотизирования Филипп уверил её, что она беременна. Поддаваясь таким уверениям, она отказалась от свидания с своими врачами, а в середине августа призвала лейб-акушера Отта лишь для того, чтобы посоветоваться о том, что она внезапно стала худеть. Отт тотчас заявил ей, что она ничуть не беременна. Через несколько вслед за тем дней она выкинула ком запёкшейся крови, образовавшийся вследствие того, что она в течение девяти месяцев лишена была месячного очищения.

Объявление об этом было сделано в «Правительственном вестнике» весьма бестолково, так что во всех классах населения распространились самые нелепые слухи, как, например, что императрица родила уродца с рогами, которого пришлось придушить, и т.п.»¹⁹.

Вспоминал об этом событии и С. Ю. Витте, назвав в качестве причины произошедшего истеричность императрицы:

«Только ненормальность “истеричной” особы может служить, если не оправданием, то объяснением многих её действий и того пагубного влияния, которое она оказывала на императора. Что она “истеричка”, видно, например, из следующего. Она, конечно, желала иметь сына, а бог им дал четырёх дочерей. После этого она попала

под влияние шарлатана доктора Филиппа. Этот Филипп ей внушал, что у неё будет сын, и она внушила себе, что она находится в интересном положении. Наступили последние месяцы беременности. Она начала носить платья, которые носила ранее во время последних месяцев беременности, перестала носить корсет. Все заметили, что императрица сильно потолстела. Все были уверены, что императрица беременна. Государь радовался, об её беременности России сделалось официально известно. Прекратились выходы с императрицей.

Прошло десять месяцев, все в Петербурге ежечасно ожидали пальбу орудий с Петропавловской крепости, оповещающую жителей по числу выстрелов о рождении сына или дочери. Императрица перестала ходить, всё время лежала. Лейб-акушер Отт, со своими ассистентами, переселился в Петергоф, ожидая с часу на час это событие. Между тем роды не наступали. Тогда профессор Отт начал уговаривать императрицу и государя, чтобы ему позволили исследовать императрицу. Императрица по понятным причинам вообще не давала себя исследовать до родов. Наконец, она согласилась. Отт исследовал и объявил, что императрица не беременна и не была беременна, что затем в соответствующей форме было оповещено России.

Если какой-нибудь шарлатан может внушить женщине, что она забеременела, и женщина под этим внушением находится в продолжении девяти месяцев, то что может внушить любой проходимец этой особе?»²⁰.

Документы из архивного дела Кабинета его императорского величества Николая II проливают свет на чисто медицинские подробности состояния императрицы:

«Ея Величество последний раз имела месячные крови на первый день ноября месяца. С этого времени крови больше не появлялись, что заставило Ея Величество считать себя беременной с этого времени,

¹⁸ Там же.

¹⁹ Половцов А. А. Дневник. 1893 – 1909 / А. А. Половцов; [сост.: О. Ю. Голечкова]. — СПб: Алетейя [и др.], 2014. С. 385 – 386.

²⁰ Витте С. Ю. Воспоминания. Царствование Николая II / граф С. Ю. Витте; [предисл. М. Покровского]. 2-е изд. — Л.: Гос. изд-во, 1924. Т. 1. С. 389.

ожидая разрешения в первых числах августа, то есть к нормальному сроку беременности. Хотя в этот раз беременность по своему течению и отличалась от предыдущего незначительного размера живота, тем не менее, чувствуя Себя вполне хорошо и не испытывая никаких болевых или неприятных ощущений, Ея Величество считала, что беременность протекает правильно и не находила поэтому нужным обращаться за врачебным советом до ожидаемого разрешения от бремени. Между тем установленный срок прошёл, и к тому же 16 августа с утра показалось кровотечение, по своему количеству и характеру появления не отличавшееся [не отличавшееся] от обычных месячных очищений (незначительное кровотечение было, впрочем, отмечено Ея Величеством еще в июле месяце). Указанные выше обстоятельства побудили Ея Величество обратиться за медицинским советом к состоящему при Ея Величестве лейб-акушеру профессору Отт [Отту], который, будучи приглашён к Ея Величеству около 10 часов утра 16 августа, осмотрел Ее Величество в присутствии повивальной бабки Гюнст и установил, что на основании данного исследования исключаются [исключается] всякая мысль о беременности, и не только в конечном её сроке, но и вообще в такой стадии развития, которая признаётся акушерской наукой поддающейся распознаванию. К такому заключению давало [давало] право весь комплекс объективных исследований, и в особенности почти не изменённый противу нормы размер самой матки. В течение последующих дней: 17-го, 18-го, 19-го августа кровотечения Ея Величества продолжались в очень умеренной степени, причём к вечеру 19-го числа Ея Величество почувствовала боли, по характеру напоминавшие собою родовые схватки, которые к утру следующего дня утихли, причём во время утреннего туалета обнаружено было произвольно вывалившееся из половых органов мясистое образование величиной с грецкий орех, сферически-продолговатой слегка сплюснутой формы и с от-

носительно гладкой поверхностью. По внешнему виду описанное образование (что подтверждено и микроскопическим исследованием) можно принять за отмершее плодовое яйцо не более 4-х недельного развития. По вскрытии разрезом выделенного яйца в его полости ясных признаков зародыша обнаружить не удалось, водная и ворсистая оболочка достаточно хорошо выражена; последняя сильно утолщена и в одном отделе пропитана кровоизлиянием. Все яйцо носит признаки мацерации и некой отёчности, представляя собой так называемый Мясистый занос (*Mole carnosus*). Выделившееся яйцо, вскрытое профессором Оттом, показано было лейб-хирургу Гиришу и госпоже Гюнст.

На основании всего вышеизложенного следует признать, что задержка в месячных кровях у Ея Величества была обусловлена произошедшим зачатием, причём беременность прекратилась в ранней стадии развития плодового яйца, а обмершее яйцо в качестве так называемого «запаса» оставалось в полости матки вплоть до его выделения из неё, произошедшее [произошедшего] лишь 20-го августа. Помимо указанного нахождения в полости матки обмершего яйца, на продолжительную задержку месячных отделений не могло не повлиять малокровие и связанное с ним нарушение обмена веществ в организме Ея Величества.

Петергоф августа 26 дня 1902 г.

Лейб-акушер Двора Её Императорского Величества, профессор Дм. Отт. Лейб-хирург Её Величества Доктор Медицины Гириш»²¹.

Таким образом, резюмирующая часть медицинского заключения содержала упоминания о «Мясистом заносе», представляющем собой одну из патологических форм беременности, а также о том, что зачатие имело место, но впоследствии беременность прекратилась в ранней стадии развития (эти пассажи, противоречившие другим положениям заключения и носившие «политкорректный» характер, будут подробно проком-

²¹ РГИА. Ф. 468. Оп. 46. Д. 94. Л. 20 – 21. Цит. по: Зимин И. В. Детский мир императорских резиденций. Быт монархов и их окружение. М.: Центрполиграф, 2010. 571 с.

ментированы во второй части настоящего исследования).

Необходимо отметить, что «показания» современников расходятся в описании фигуры императрицы. Так, С. А. записал, что А. Ф. вовсе не пополнила за время беременности (это практически совпадает с медицинским описанием, цитированным выше, отметившим «незначительный размер живота»). В то же время Половцов и Витте отмечали обратное. Однако, если дядя императора вместе со своей женой, сестрой императрицы, часто виделись с царской четой и документировали увиденное, политические деятели, в отличие от них, передавали слухи, которые гласили, что фигура царицы изменилась. Вероятно, желание императрицы и двора попросту выдавалось таким образом за действительное положение дел.

К сожалению, свидетельства Николая II о том, как протекала «беременность» А. Ф., которые были бы в данном случае крайне важны, до сих пор не обнаружены. Записи, относящиеся к этой теме, появляются в царском дневнике лишь 20 августа в связи с обнаружением информации о «выкидыше»: *«Некоторые месяцы тому назад в состоянии здоровья Ея Величества Государыни Императрицы Александры Фёдоровны произошли перемены, указывающие на беременность. В настоящее время, благодаря отклонению от нормального течения, прекратившаяся беременность окончилась выкидышем, совершившимся без всяких осложнений при нормальной температуре и пульсе. Лейб-акушер проф. Дм. Отт. Лейб-хирург Гириш. Петергоф, 20-го августа 1902 г.»*²².

Характерно, что даже после развенчания мифа о беременности императрицы и выну-

жденно-неуклюжего объявления в «Правительственном вестнике» о «выкидыше»²³, породившего в обществе вышеупомянутые слухи, дружба царской четы с Филиппом не прекратилась.

Так, 18 августа 1902 года, сразу же после внутрисемейного объявления об отсутствии у царицы беременности, царская чета отправилась на встречу с Филиппом, и Николай записал в своём дневнике: *«“Наш друг” говорил чудесно, заставляя забыть про всякое горе!»*²⁴. После официального объявления о выкидыше 21 августа Николай записал в дневнике: *«Слава Богу, состояние Аликс было хорошее, спала она крепко. Но к ней приставали с расспросами о “нашем друге”. Вообще о нём разносят такой вздор, что тошно слушать и не понимаешь, как люди могут верить чепухе, о которой сами болтают!..»*²⁵. 23 августа, несмотря на происшедшее, по словам С. А., *«ужасное брожение умов»*²⁶, Николай снова провёл время с Филиппом: *«Аликс себя чувствовала более нервною, чем раньше, но в общем недурно... После чаю поехал на велосипеде к “нашему другу”. Обедал дома, читал и в 11 ч. снова поехал на Знаменку. Провёл там три чудесных часа; сердечно сожалел об отсутствии дорогой Аликс»*²⁷.

28 августа 1902 года, через 10 дней после того, как её ложная беременность стала свершившемся фактом, А. Ф. писала Николаю, уехавшему на манёвры, имея в виду Филиппа: *«Со вчерашнего дня меня посетило чувство такого покоя — оно унесло все мои нехорошие бунтарские настроения. С тех пор, как мы знаем Его, я чувствую себя гораздо спокойнее за тебя, когда мы в разлуке. Как я буду думать о тебе во время твоих речей — Он тебе поможет!»*²⁸. Николай от-

²² РГИА. Ф. 525. Оп. 1. Д. 142. Л. 1. Бюллетени о состоянии здоровья Ея Величества Государыни Императрицы Александры Фёдоровны. 1902 г.; Правительственный вестник. 21.08.1902 г.

²³ Там же.

²⁴ ГАРФ. Ф. 601. Оп. 1. Д. 244. Л. 171. Цит. по: Великая княгиня Елисавета Феодоровна и император Николай II. Документы и материалы... С. 592.

²⁵ ГАРФ. Ф. 601. Оп. 1. Д. 244. Л. 172 – 173. Цит. по: Великая княгиня Елисавета Феодоровна и император Николай II. Документы и материалы... С. 593.

²⁶ ГАРФ. Ф. 648. Оп. 1. Д. 38. Л. 118. Цит. по: Великая княгиня Елисавета Феодоровна и император Николай II. Документы и материалы... С. 592.

²⁷ ГАРФ. Ф. 601. Оп. 1. Д. 244. Л. 174 – 175. Цит. по: Великая княгиня Елисавета Феодоровна и император Николай II. Документы и материалы... С. 594.

²⁸ ГАРФ. Ф. 601. Оп. 1. Д. 1148. Л. 44 – 45 об. — на англ. яз. Цит. по: Великая княгиня Елисавета Феодоровна и император Николай II. Документы и материалы... С. 599.

вечал ей: *«Не знаю почему, но сегодня перед прибытием сюда [на манёвры в Курскую губернию, — авт.] я так спокоен, это исполняется обещание “нашего Друга”. Я старался усердно молиться вчера вечером и сегодня утром, и это тоже успокоило душу...»*²⁹.

После случившегося А. Ф., очевидно, нервничала сильнее, стремясь, однако, по её словам, скрывать это от окружающих. В письме Николаю от 28 августа она написала, что у неё невыносимо болела голова и ощущалась усталость во всём теле³⁰, а на следующий день заметила: *«...а что я болела — об этом никто не подумал»*³¹. И добавила: *«Я ни разу не осердилась на тех, кто в разговорах с ней [фрейлиной императрицы С. Орбелиани, — авт.] мог даже смеяться над этим [ситуацией с Филиппом, — авт.] — Он решительно изменил меня в последние два-три дня, ведь Богородица любит меня и такую, плохую»*³². Но далее, противореча только что отмеченной за собой склонности к всепрощению и в то же время как бы подтверждая оценку самой себя как «плохой» (хотя и всё равно любимой Богородицей), А. Ф. убеждала Николая в необходимости начать вести себя по отношению к окружающим жёстче: *«Мы должны просто заставить всех заткнуться — думаю, так будет лучше всего»*³³.

К этому А. Ф. толкало прежде всего давление, которое стремились на неё оказывать самые близкие родственники: Мария Фёдоровна, С. А., наконец, родная сестра — Е. Ф., также пытавшаяся оградить царскую чету от дальнейшего влияния на неё со стороны Филиппа. Характерно, что после одного из таких серьёзных разговоров, в ходе которого А. Ф., по словам Е. Ф., *«распалась всё*

больше» от слов сестры, — хотя та, по оценке самой же А. Ф., *«не говорила ничего дурного»*³⁴, — у императрицы поднялась температура до 37,4 °С, а пульс достигал 102 ударов в минуту. *«Думаю, это после разговора»*, — заключила А. Ф. в письме мужу. И добавила, что когда перед ужином она молилась на балконе, то *«однажды сверкнула молния. Я люблю в звёздную ночь смотреть на небо и молиться за тех, кого люблю, — в такие минуты я так ужасно люблю Бога и нашего дорогого Друга»*³⁵. Необходимо отметить, что в разговоре с сестрой императрица, по её собственным словам, адресованным мужу, была не до конца откровенна и предпочла скрыть от Е. Ф. степень своей восхищённости личностью Филиппа: *«Я сказала, что мы говорим [с Филиппом, — авт.] обо всём — о ботанике, минералах, религии, химии и прочем, — и что он знает наизусть всю Библию, и что мы абсолютно уверены и насчёт него, и в нём, что мы не какие-нибудь простофили. Я не дала ей догадаться, что на самом деле он представляет собой много большее»*³⁶.

Е. Ф., в свою очередь, описывая состояние своей сестры в письме ко вдовствующей императрице, отмечала внушаемость А. Ф. — как со стороны «черногорок», так и с противоположной, то есть её и Марии Фёдоровны, стороны (впрочем, этот расчёт Е. Ф. был скорее неоправданно самонадеянным):

«Аликс сейчас спокойна, чувствует себя хорошо, пребывает в ровном настроении, несмотря на то, что внутри глубоко скорбит. Она сказала, что морально страдала ужасно. Видимо, эти Тараканы [так Е. Ф. называла сестёр-черногорок, — авт.] наговорили ей гораздо больше, чем мы предполагали, и отравили её бедное сердце против

²⁹ Мейлунас А., Мироненко С. Николай и Александра. Любовь и жизнь. М., 1998. С. 225.

³⁰ ГАРФ. Ф. 601. Оп. 1. Д. 1148. Л. 44 – 45 об. Цит. по: Великая княгиня Елисавета Феодоровна и император Николай II. Документы и материалы... С. 599.

³¹ ГАРФ. Ф. 601. Оп. 1. Д. 1148. Л. 46 – 49 об. Цит. по: Великая княгиня Елисавета Феодоровна и император Николай II. Документы и материалы... С. 600.

³² Там же.

³³ ГАРФ. Ф. 601. Оп. 1. Д. 1148. Л. 50 – 53 об. Цит. по: Великая княгиня Елисавета Феодоровна и император Николай II. Документы и материалы... С. 602.

³⁴ ГАРФ. Ф. 601. Оп. 1. Д. 1148. Л. 58 – 63 об. Цит. по: Великая княгиня Елисавета Феодоровна и император Николай II. Документы и материалы... С. 602.

³⁵ Там же. С. 604.

³⁶ Там же. С. 603.

нас всех. Слава Богу, я думаю, это к лучшему: я раскрыла ей глаза на всю семью, на то, как все приняли эту историю к сердцу, желая Ники и Аликс только добра и спасти их от тайны, которая уже становилась просто опасной.

Нам надо запастись ещё большим терпением; но у меня появилась надежда, что постепенно всё наладится; конечно, не так быстро, как хотелось бы, но всё же теперь глаза у неё раскрыты, и после разговора с Ники они должны, наконец, понять, где истина»³⁷.

В этом же письме Е. Ф. сетовала, что из России уехали не все члены кружка Филиппа и что А. Ф. не может полностью выйти из-под их влияния, потому как продолжает видаться с одной из сестёр-черногорок — вел. кн. Анастасией Николаевной (Станой).

Настрой С. А., вернувшегося 6 сентября вместе с императором с манёвров, был пессимистичным. В своём дневнике С. А. отметил, что «обстоятельства мало изменились к лучшему — *d'après moi c'est une douce folie* (мне кажется, что это тихое помешательство — фр.)», добавив, что А. Ф. уже «совсем здорова» и «видимо рада, что мы [С. А. и Е. Ф., — авт.] уезжаем [С. А. и Е. Ф. уезжали погостить у Сумароковых-Юсуповых в Курской губернии, — авт.]»³⁸. В письме к вдовствующей императрице С. А. писал, имея в виду настроения царской четы: «В сущности, положение не меняется — упрямство, которое невозможно ничем преодолеть! Эти ужасные “тараканы” с дьявольской силой разрушают все добрые начинания бедной Эллы. Моя единственная надежда — на Бога и молитвы отца Иоанна [настоятеля Андреевского собора Кронштадта, митрофорного протоиерея Иоанна Кронштадтского, — авт.]; он ещё не приезжал, но должен на днях приехать»³⁹.

Однако уже вскоре тема Филиппа в переписках Николая, Александры и их родственников затмевается другой репутационно значимой для царской семьи проблемой — женитьбой вел. кн. Павла Александровича на разведённой женщине О. В. Пистолькорс, вопреки данному Николаю II обещанию не вступать с ней в брак⁴⁰.

Сам же Филипп вскоре после приключения с императрицей конфуза уехал в Европу. Отъезд Филиппа произошёл не ранее 23 августа: именно этим числом Николай последний раз перед своим отбытием на манёвры (28 августа) задокументировал их с Филиппом встречу на Знаменке. Но даже дистанцировавшись от царской четы, Филипп не дал повода императрице усомниться в правильности его учений и наставлений, о чём свидетельствуют приведённые выше отрывки из переписки А. Ф. и Николая II, и не оставил «царей» без надежды на благополучное рождение у них наследника. Императрица сохраняла свою верность Филиппу до конца жизни, даже годы спустя после смерти медиума вспоминая его подарок — икону с колокольчиком: «Наш первый Друг дал мне икону с колокольчиком, который предостерегает меня от злых людей и препятствует им приближаться ко мне. Я это чувствую и таким образом могу и тебя оберегать от них», — так писала А. Ф. своему мужу во время Первой мировой войны, 16 июня 1915 года⁴¹. Спустя полтора года, 16 декабря 1916 года, несмотря на близость социально-политической катастрофы (стоит напомнить, что в ночь с 16 на 17 декабря заговорщиками, стремившимися к дворцовому перевороту, был сделан «первый шаг» в этом направлении — убит Г. Е. Распутин⁴²), А. Ф. продолжала в письмах к супругу обращаться к предсказаниям Филиппа, данным много лет назад, ссыла-

³⁷ ГАРФ. Ф. 642. Оп. 1. Д. 1583. Л. 12 – 16 об. Цит. по: Великая княгиня Елисавета Феодоровна и император Николай II. Документы и материалы... С. 607.

³⁸ ГАРФ. Ф. 648. Оп. 1. Д. 38. Л. 128 – 129. Цит. по: Великая княгиня Елисавета Феодоровна и император Николай II. Документы и материалы... С. 609.

³⁹ ГАРФ. Ф. 642. Оп. 1. Д. 2743. Л. 107 об. — 110. Цит. по: Великая княгиня Елисавета Феодоровна и император Николай II. Документы и материалы... С. 609.

⁴⁰ Великая княгиня Елисавета Феодоровна и император Николай II. Документы и материалы... С. 610 – 625.

⁴¹ Переписка Николая и Александры. М.: «Захаров», 2013. С. 184.

⁴² Коцюбинский А. П., Коцюбинский Д. А. Распутин: Жизнь. Смерть. Тайна. — СПб: Азбука, Азбука-Аттикус, 2014. С. 227 – 228.

ясь на них как на важный аргумент в решении ключевого политического вопроса — о возможности радикальной реформы власти: «Вспомни, даже мистер Филипп сказал, что нельзя давать конституции, так как это будет гибелью России и твоей, и все истинно русские говорят то же»⁴³.

В контексте позднейших событий любопытным представляется следующее свидетельство вел. кн. Константина Константиновича, записанное 27 августа 1902 года: «Говорил он [Георгий Карагеоргиевич, наследник сербского престола в 1903 – 1909 гг., который посещал кружок Филиппа вместе со своими тётками-черногорками, — авт.] тоже, что миссия Филиппа близится к концу, что он скоро умрёт и потом явится в кругу друзей под видом другого человека. Что за чепуха!»⁴⁴. Однако А. Ф., как известно, данное предсказание Филиппа расценивала совсем иначе, что и станет одним из важных оснований её последующей нескрушимой духовно-психологической приверженности новому «Нашему Другу» императорской четы, коим окажется уже упомянутый выше Г. Е. Распутин.

В дальнейшем, особенно после того, как, начиная с 1909 – 10 гг., фигура Г. Е. Распутина очутится в центре общественного внимания⁴⁵, сюжет с психологической зависимостью А. Ф. (а под её влиянием — и царя) от «доктора Филиппа» станет основой для дальнейшего развития слухов об истеричности натуры А. Ф., подпадающей под влияние разного рода «проходимцев» и оказывающей пагубное влияние на своего супруга.

Экс-председатель III и IV Государственных дум октябрист М. В. Родзянко дал А. Ф. и «распутинскому фактору» в её жизни следующую характеристику, почерпнутую из великосветско-придворных слухов:

«Вдобавок, по мнению врачей, в высшей степени нервная императрица страдала зачастую истерически нервными припадками, заставлявшими её жестоко страдать, и Распутин применял в это время силу своего внушения и облегчал её страдания. И только в этом заключался секрет его влияния. Явление чисто патологическое и больше ничего. Мне помнится, что я говорил по этому поводу с бывшим тогда председателем Совета министров И. Л. Горемыкиным, который прямо сказал мне: “Это клинический случай”»⁴⁶.

Характер А. Ф. оценивали как истерический не только представители умеренно-либеральных кругов, но и убеждённые монархисты.

«Царица себя психически испортила ещё до Распутина и ещё раньше стала впадать в какой-то гистерический лжемистицизм»⁴⁷, — вспоминал позднее бывший редактор крайне правой газеты «Московские ведомости» Л. А. Тихомиров.

Примечателен в этом контексте известный фрагмент из мемуаров дочери П. А. Столыпина Марии Бок. В этом рассказе в уста Николая II, со ссылкой на свидетельство Столыпина, вкладывается текст, из которого следует, что сам Николай считал свою жену подверженной истерикам, на повод у которых он вынужден был идти. В данном случае, как представляется, важно не столько то, была ли в реальности произнесена Николаем II данная фраза (кажущаяся весьма сомнительной, учитывая всё, что мы знаем о стилистике его высказываний о своей жене, тем более в беседе не с членом семьи), и даже не то, искажил ли (и если да, то сознательно или бессознательно) эту фразу Столыпин в ходе беседы с дочерью. И даже не так важно то, до какой степени сама М. П. Бок точно воспроизвела в мемуа-

⁴³ Там же. С. 857.

⁴⁴ Мейлунас А., МIRONENKO С. Николай и Александра. Любовь и жизнь. М., 1998. С. 224.

⁴⁵ Коцюбинский Д. Первые публикации о Г. Е. Распутине в российской прессе (конец 1909 — начало 1910 г.) // Российская история. 2018. № 4. С. 143 – 151.

⁴⁶ Родзянко М. Дума против Николая II. За что нас хотели повесить. М.: Алгоритм, 2017. С. 32.

⁴⁷ Цит. по: Коцюбинский Д. А. Фактор Григория Распутина и кризис легитимности самодержавной власти в России в межреволюционные годы (1909 — 1916) / Герценовские чтения 2020. Актуальные проблемы русской истории. Сборник научных и учебно-методических трудов Всероссийской научной конференции. Редколлегия: А. Б. Николаев (отв. ред. и отв. сост.) [и др.]. — СПб: Центр научно-информационных технологий «Астерион», 2021. С. 228.

рах, написанных много лет спустя после произошедших событий, слова, сказанные отцом. Важнее то, что мемуаристке казалось вполне естественным и не требовавшим специальных оговорок или пояснений то, что как Николай II, так и П. А. Столыпин считали А. Ф. женщиной, склонной к патологическому внушению и самовнушению, а также истерическим реакциям. Это позволяет заключить, что представление о последней российской императрице как о «истеричке» устоялось как среди высших слоёв российской общественности, так и позднее в эмигрантской среде как «само собой разумеющееся»:

«Хотя Распутин в те годы не достиг ещё апогея своей печальной славы, но близость его к царской семье тогда уже начинала возбуждать толки и пересуды в обществе. Мне, конечно, было известно, насколько отрицательно отец мой относится к этому человеку, но меня интересовало, неужели нет никакой возможности открыть глаза государю, правильно осветив фигуру “старца”? В этом смысле я и навела раз разговор на эту тему. Услышав имя Распутина, мой отец болезненно сморщился и сказал с глубокой печалью в голосе:

“Ничего сделать нельзя. Я каждый раз, как к этому представляется случай, предостерегаю государя. Но вот, что он мне недавно ответил: ‘Я с вами согласен, Пётр Аркадьевич, но пусть будет лучше десять Распутиных, чем одна истерика императрицы’. Конечно, всё дело в этом. Императрица больна, серьёзно больна; она верит, что Распутин один на всём свете может помочь наследнику, и разубедить её в этом выше человеческих сил. Ведь как трудно вообще с ней говорить. Она, если отдаётся какой-нибудь идее, то уже не отдаёт себе отчёта в том, осуществима она или нет”»⁴⁸.

Таким образом, сюжет, связанный с ложной беременностью А. Ф., впервые придавший слухам об «истерической натуре» А. Ф.

широкий резонанс, стал по факту одним из тех общественно-дискурсивных «мостиков», которые вели к последующему распутинскому скандалу, ставшему, в свою очередь, важнейшим элементом делегитимации самодержавной власти в России в начале XX века⁴⁹.

* * *

Всё вышесказанное делает необходимым научное, основанное на источниках, а не общественно-публицистических оценках, историко-медицинское описание психологических черт последней российской императрицы. И, в частности, её «избирательной внушаемости», доходившей до высшей степени веры в сказанное «медиумом», которую ярко — и «наглядно» для российской общественности, в итоге сформировавшей во многом предвзятое отношение к А. Ф., — продемонстрировала история с ложной беременностью А. Ф. в 1902 году.

Ввиду отсутствия возможности проведения диагностических исследований А. Ф., анализ предполагаемых причин длительного отсутствия у неё в рассматриваемый период «регул» (менструаций) ограничен воспоминаниями очевидцев и личными письмами приближённых.

Но даже эти, весьма лапидарные и недостаточно полные источники свидетельствуют, что для А. Ф. жизненная ситуация в 1902 году была психологически очень непростой. По всей видимости, это обуславливалось двумя основополагающими факторами: во-первых, субъективными, связанными с личностными особенностями А. Ф., и, во-вторых, объективной ситуацией, в которой оказалась супруга Николая II в начале XX в. в связи с затянувшимися общественными ожиданиями появления у царской четы наследника престола.

1. Субъективный фактор, предопределивший возникновение ложной беременности: личностные особенности А. Ф.

⁴⁸ Бок М. П. Воспоминания о моём отце П. А. Столыпине. — Л.: Ингрия, 1990. С. 331.

⁴⁹ Коцюбинский Д. А. Фактор Григория Распутина и кризис легитимности самодержавной власти в России в межреволюционные годы (1909 — 1916) / Герценовские чтения 2020. Актуальные проблемы русской истории. Сборник научных и учебно-методических трудов Всероссийской научной конференции. Редколлегия: А. Б. Николаев (отв. ред. и отв. сост.) [и др.]. — СПб: Центр научно-информационных технологий «Астерион», 2021. С. 226 – 256.

По сей день в литературе присутствуют диаметрально противоположные оценки психологических черт Александры Фёдоровны. С позиции современных представлений о личностных особенностях человека этот видимый парадокс можно трактовать как косвенное свидетельство сложного сочетания в характере последней российской императрицы на первый взгляд несочетаемых качеств и поведенческих проявлений. Не претендуя на полноценную характеристику личности А. Ф. (для этого необходимо комплексное изучение всех обстоятельств её биографии и последовательный анализ её личностной эволюции), исходя лишь из особенностей поведения, проявившихся в период её ложной беременности, а также ряда фактов, относящихся к периоду её жизни, предшествовавшему описываемым событиям, можно сделать аргументированное предположение о том, что в характере последней российской императрицы сочетались **истероидный** и **шизоидный** радикалы.

В подтверждение этого предположения следует провести анализ каждой из этих составляющих характера А. Ф., но сперва необходимо дать общую характеристику упомянутым характерологическим акцентуациям.

Автор типологической модели акцентуаций характеров А. Е. Личко описывает черты **истероидного типа** акцентуации характера следующим образом: *«Его главная черта — беспредельный эгоцентризм, ненасытная жажда постоянного внимания к своей особе, восхищения, удивления, почтения, сочувствия. На худой конец предпочитается даже негодование или ненависть окружающих в свой адрес, но только не безразличие и равнодушие — только не перспектива остаться незамеченным («жаждущие повышенной оценки» по К. Schneider, 1923). Все остальные качества истероида питаются этой чертой. Внушаемость, которую нередко выдвигают на первый план, отличается избирательностью: от неё ничего не остаётся, если обстановка внушения или само внуше-*

ние не «льют воду на мельницу эгоцентризма»»⁵⁰.

В свою очередь, базовые черты **шизоидного типа** акцентуации характера, согласно А. Е. Личко, выглядят следующим образом: *«...замкнутость, отгороженность от окружающего, неспособность или нежелание устанавливать контакты, снижение потребности в общении. Сочетание противоречивых черт в личности и поведении — холодности и утончённой чувствительности, упрямства и податливости, настороженности и легковерия, апатичной бездеятельности и напористой целеустремлённости, необщительности и неожиданной назойливости, застенчивости и бестактности, чрезмерных привязанностей и немотивированных антипатий, рациональных рассуждений и нелогичных поступков, богатства внутреннего мира и бесцветности его внешних проявлений — всё это заставило говорить об отсутствии «внутреннего единства». Н. Asperger (1944) обратил внимание на недостаток интуиции как на главную черту этого типа характера»⁵¹.*

Как нетрудно заметить, в изложенном описании обоих типов акцентуаций характера содержатся многие из черт, которые органично вписываются в известный, согласно множественным свидетельствам, образ А. Ф., притом не только в рассматриваемый отрезок времени (подробнее об этом — ниже).

В пользу наличия у А. Ф. **истероидных** черт характера свидетельствуют ряд упомянутых выше особенностей её поведения в период ложной беременности:

- Повышенная концентрация внимания — своего и близких людей — на себе и своих переживаниях;
- Проявление переживаний по поводу мужа преимущественно в контексте его отношения к ней самой;
- Проявление интереса к другим людям (начиная от «доктора Филиппа», продолжая родственниками, придворными и т.д.) и оценка их личности исключительно в кон-

⁵⁰ Личко А. Е. Психопатии и акцентуации характера у подростков... С. 90.

⁵¹ Личко А. Е. Психопатии и акцентуации характера у подростков / 2-е изд., доп. и перераб. — Л.: Медицина, Ленинградское отделение, 1983. [255 с.]. С. 76.

тексте отношения данных персон к царской чете и их влияния — позитивного либо негативного — на самочувствие А. Ф.;

– Избирательная подверженность внушению, особенно тогда, когда оно касалось укрепления осознания собственной значимости, «правильности» и успешности (способности забеременеть и родить сына);

– Приукрашивание своей персоны посредством фальшивого самоуничтожения («Я ни разу не осердилась на тех, кто в разговорах мог даже смяться над этим» (ситуацией с Филиппом), «ведь Богородица любит меня и такую, плохую», — и тут же: «Мы должны просто заставить всех заткнуться»);

– Акцентирование внимания близких на своих нестерпимых переживаниях (невыносимая головная боль, усталость во всём теле, ужасные моральные страдания и т.д.).

Об **истероидных** чертах характера А. Ф. также говорят многочисленные примеры её поведения в период, предшествовавший рассматриваемым в настоящей статье событиям.

Особое внимание необходимо обратить на различные манипулятивные приёмы, посредством которых А. Ф. стремилась (скорее «инстинктивно-бессознательно», нежели расчётливо-осознанно) не просто оказаться, но постоянно оставаться в центре внимания самых близких людей и прежде всего — своего жениха, впоследствии — мужа.

В письмах к Ники (Николаю Александровичу) Аликс (А. Ф.) часто затрагивала тему своего самочувствия и здоровья, постоянно колебавшихся и находившихся под угрозой ухудшения. В переписке с Николаем 1894 года юная Александра (родившаяся 6 июня 1872 г.) не раз шутливо упоминала о своей «старости», что можно характеризовать как отсылку к своей фатально неодоли-

мой, — подобно старости, — болезненности⁵² (о которой А. Ф. также зачастую упоминала в этих же строках): 4 мая 1894 г.: «Я старая болтушка, а когда ты рядом, не имею, как старая сова. Если бы ты мог рекомендовать какую-нибудь хорошую книгу, перевод с русского, которую ты хотел бы, чтобы твой глупый лягушонок прочитал, пожалуйста, сделай это...»⁵³; 5 мая 1894 г.: «У меня весь день было так плохо с ногами, что я даже послала за доктором Рейдом — не годится тебе иметь хромую жену. “Жена” — как непривычно это звучит. Я все ещё не могу представить, что старая сова будет твоей! Если бы только она была достойна тебя и могла действительно помочь и утешить. Но она сделает всё, что в её силах»; «Много нежных поцелуев от вечно любящей жалкой старой совы»⁵⁴.

Не следует полагать, что Александра была неискренна в восприятии себя как повышенно болезненной натуры. Дневниковые записи периода ранней юности А. Ф., а также того времени, когда она уже пребывала в роли невесты, полны упоминаний о расстройствах — как соматических, так и психосоматических, включая «невралгии» и просто плохое самочувствие, заставлявшее девушку искренне считать себя больной и ложиться в постель с субъективным ощущением соматического неблагополучия без объективно явных телесных болезненных симптомов. Такая повышенная ипохондричность свидетельствует о том, что с юных лет А. Ф. подсознательно использовала механизм привлечения к себе внимания ближайшего окружения посредством жалоб на свои плохое самочувствие и нестабильное здоровье.

Одно из центральных мест в письмах к Николаю Александра уделяет проблемам, связанным с её ногами (данный сюжет уже

⁵² Государыня Императрица Александра Фёдоровна. Дивный свет. Дневниковые записки, переписка, жизнеописание / Сост. монахиня Нектария (Мак Лиз). — М.: Издательский дом «Русский паломник», 1998. [654 с.]. С. 69.

⁵³ Александра Фёдоровна (императрица российская). Дивный Свет: дневниковые записки, переписка, жизнеописание / Пер. с англ. [Лидия Васенина, Тамара Оводова] [сост., ред. и авт. жизнеописания монахиня Нектария (Мак Лиз) ред. рус. текста Вячеслав Марченко]. — М.: Изд. Дом Русский Паломник: Валаамское Общество Америки, 2009. С. 69.

⁵⁴ Александра Фёдоровна (императрица российская). Дивный Свет: дневниковые записки, переписка, жизнеописание; пер. с англ. [Лидия Васенина, Тамара Оводова] [сост., ред. и авт. жизнеописания монахиня Нектария (Мак Лиз) ред. рус. текста Вячеслав Марченко]. М.: Изд. Дом Русский Паломник: Валаамское Общество Америки, 2009. С. 72.

упоминался в одном из приведённых выше фрагментов переписки). Эти упоминания органически соединяются с уверениями в любви и преданности, как бы создавая единый эмоционально-смысловой блок: Аликс беззаветно любит своего Ники, который — по умолчанию — должен быть особенно бережен и предупредителен к ней, учитывая её внутреннюю хрупкость и внешнюю незащищённость⁵⁵. 23 мая 1894 г.: «Но, любовь моя, мне лучше лечь спать, у меня сегодня очень болели ноги...»; «Ты знаешь, я уже пробовала делать массаж, но никакой пользы не было, и доктор думает, что при моей болезни это даже вредно, так как нерв проходит по всей ноге, а не только в колене. Бог тебя благослови, моя любовь. Много нежных поцелуев от твоей вечно любящей и искренне верной старушки, Аликс»⁵⁶; 27 мая 1894 г.: «Это [проповедь, — авт.] длилось полтора часа, а потом я почувствовала, что у меня тело слегка одеревенело, так как скамья была жёсткой и узкой. Мне очень стыдно, что я не встаю на колени, но мои ноги мне этого не позволяют. Любимый мой мальчик, сегодня утром в церкви я горячо молилась за тебя. А ты молился за меня? Я снова буду молиться через час, буду просить Его, чтобы Он сделал меня существом, более достойным твоей любви. А сейчас я должна немного позаниматься русским языком, или ты будешь бранить свою лентяйку. До свидания, мой любимый, мой драгоценный Ники. Моё Солнышко, я посылаю тебе издалека много нежных поцелуев и благословений. Глубоко любящая тебя старушка, Аликс»⁵⁷; 30 мая 1894 г.: «Я буду здесь [в Харрогейте, — авт.] на свой день рождения и, боюсь, ещё долго после этого, так

как мне, по возможности, нужно принять 21 ванну. Я их и так принимаю ежедневно, но не намерена делать это всегда, так как это слишком утомительно. Я в отчаянии, потому что вижу, что наша поездка в Уолтон становится нереальной, а потом я вообще завую — слишком велико разочарование. Но доктор посмотрит и, может быть, мне не нужно будет принимать все эти ванны... Мои ноги болят больше, чем обычно. Не сердись на меня, если, возможно, мне придётся остаться здесь надолго. Не думаешь ли ты, что было бы лучше, если бы я после этих четырёх лет постаралась излечиться от болей и стать сильной и здоровой, чтобы потом в России выдерживать долгое стояние на ногах? В настоящий момент для меня стояние — самая плохая вещь, от него у меня опухают ноги. Я люблю тебя, я люблю тебя, навсегда и навечно, на всю вечность!..»⁵⁸.

В посланиях 1894 г. А. Ф. часто упоминает о том, что ей приходится передвигаться на инвалидном кресле, так как её ноги — слабы и больны. 26 мая 1894 г.: «Доктор меня осмотрел, он хочет, чтобы я лежала как можно больше. Я не знаю, как правильно описать — в общем, когда я лежу, через мои артерии крови проходит в три раза больше, чем когда сижу, поэтому отдых для меня — это главное. Кажется, что я страдаю подагрой. Я принимаю серные ванны по 15 минут, потом 3 минуты стою, а потом что-то вроде игольчатого душа: из тысяч дырочек на меня брызжут струйки воды, сначала горячей, а потом прохладнее. Ощущение не очень приятное. В настоящее время мне нельзя пускаться ни в какие экспедиции — ни гулять пешком, ни ездить, можно «выезжать» толь-

⁵⁵ Там же, с. 72, 84 – 91.

⁵⁶ Александра Федоровна (императрица российская). Дивный Свет: дневниковые записи, переписка, жизнеописание / Пер. с англ. [Лидия Васенина, Тамара Оводова] [сост., ред. и авт. жизнеописания монахиня Нектария (Мак Лиз) ред. рус. текста Вячеслав Марченко]. — М.: Изд. Дом Русский Паломник: Валаамское Общество Америки, 2009. С. 84.

⁵⁷ Александра Федоровна (императрица российская). Дивный Свет: дневниковые записи, переписка, жизнеописание; пер. с англ. [Лидия Васенина, Тамара Оводова] [сост., ред. и авт. жизнеописания монахиня Нектария (Мак Лиз) ред. рус. текста Вячеслав Марченко]. М.: Изд. Дом Русский Паломник: Валаамское Общество Америки, 2009. С. 86 – 87.

⁵⁸ Александра Федоровна (императрица российская). Дивный Свет: дневниковые записи, переписка, жизнеописание; пер. с англ. [Лидия Васенина, Тамара Оводова] [сост., ред. и авт. жизнеописания монахиня Нектария (Мак Лиз) ред. рус. текста Вячеслав Марченко]. М.: Изд. Дом Русский Паломник: Валаамское Общество Америки, 2009. С. 90 – 91.

ко в кресле на колёсиках, так как я должна двигаться как можно меньше. Чем спокойнее и меньше боль, тем лучше»⁵⁹. 28 мая 1894 г.: «“Это она,” — сказал кто-то позади меня. Я бы не возражала, если бы не сидела в инвалидном кресле»⁶⁰. 31 мая 1894 г.: «Сегодня было две грозы, после которых я выезжала в кресле на колёсиках с Гретхен, шедшей рядом со мной, мы ездили к болотам и чудесному маленькому кладбищу — для меня идти пешком было слишком сыро»⁶¹.

Стремление Аликс приковать внимание Ники к болезненному состоянию её ног, на грани угрозы обездвиженности, провоцировало ответную обеспокоенность Ники и усиленные ею приливы нежности⁶². 20 июля / 1 августа 1894 г.: «...Моя милая, бесценная, дорогая Алики, я так часто думаю о твоих бедных ножках, и мне так больно, что я не могу облегчить твои страдания, которые ты с таким терпением переносишь, мой любимый ангел! Каждый день я восхищался твоей сильной волей, тем, что ты стараешься никому не показать своих страданий, и ты их скрывает так хорошо, что я часто не знал, сильнее стала боль или слабее! Моя родная, дорогая, Солнышко моё, я люблю тебя и так сильно желаю, чтобы ты хорошо себя чувствовала, была спокойна и счастлива, пока меня нет с тобой!»⁶³.

Порой Аликс самопроизвольно прописывала себе «постельный режим», не указывая

на конкретные симптомы. 23 сентября 1894 г.: «Сегодня серо и уныло. Увы, я снова не смогла пойти в церковь, так как собираюсь подняться только к обеду. Я хочу быть в полном порядке к твоему приезду. Вчера после обеда легла в постель и так пока и остаюсь. Поэтому сегодня я чувствую себя лучше, так что, когда ты приедешь, у меня снова будет цветущий вид и щёчки, как маков цвет...»⁶⁴.

Тот факт, что А. Ф. намеренно аггравировала болезненность своих ног, косвенным образом подтверждается её невольной «проговоркой» в письме от 20 августа 1894 г.: «Я обычно бегу посмотреть на солдат, это мне нравится больше всего. Мне хочется вскочить на лошадь и помчаться посмотреть, что они делают, а я вместо этого должна сидеть дома, учить русский язык и смотреть, как барабанит по стеклу дождь»⁶⁵. Хотя Аликс в этом письме не «бежит посмотреть на солдат» и не «вскакивает на лошадь», но лишь выражает соответствующее желание, однако она отмечает, что не может этого сделать не по причине болезненности ног (что было бы логично, если бы проблема болезненных ног имела физическую — постоянную, а не психогенную — «приходяще-уходящую» природу), а из-за необходимости учить русский язык.

Продолжение следует.

⁵⁹ Александра Фёдоровна (императрица российская). Дивный Свет: дневниковые записи, переписка, жизнеописание; пер. с англ. [Лидия Васенина, Тамара Оводова] [сост., ред. и авт. жизнеописания монахиня Нектария (Мак Лиз) ред. рус. текста Вячеслав Марченко]. М.: Изд. Дом Русский Паломник: Валаамское Общество Америки, 2009. С. 85.

⁶⁰ Александра Фёдоровна (императрица российская). Дивный Свет: дневниковые записи, переписка, жизнеописание; пер. с англ. [Лидия Васенина, Тамара Оводова] [сост., ред. и авт. жизнеописания монахиня Нектария (Мак Лиз) ред. рус. текста Вячеслав Марченко]. М.: Изд. Дом Русский Паломник: Валаамское Общество Америки, 2009. С. 88.

⁶¹ Александра Фёдоровна (императрица российская). Дивный Свет: дневниковые записи, переписка, жизнеописание; пер. с англ. [Лидия Васенина, Тамара Оводова] [сост., ред. и авт. жизнеописания монахиня Нектария (Мак Лиз) ред. рус. текста Вячеслав Марченко]. М.: Изд. Дом Русский Паломник: Валаамское Общество Америки, 2009. С. 91.

⁶² Там же, с. 112.

⁶³ Александра Фёдоровна (императрица российская). Дивный Свет: дневниковые записи, переписка, жизнеописание; пер. с англ. [Лидия Васенина, Тамара Оводова] [сост., ред. и авт. жизнеописания монахиня Нектария (Мак Лиз) ред. рус. текста Вячеслав Марченко]. М.: Изд. Дом Русский Паломник: Валаамское Общество Америки, 2009. С. 112 – 113.

⁶⁴ Александра Фёдоровна (императрица российская). Дивный Свет: дневниковые записи, переписка, жизнеописание; пер. с англ. [Лидия Васенина, Тамара Оводова] [сост., ред. и авт. жизнеописания монахиня Нектария (Мак Лиз) ред. рус. текста Вячеслав Марченко]. М.: Изд. Дом Русский Паломник: Валаамское Общество Америки, 2009. С. 175.

⁶⁵ Там же, с. 112.

Арнольд Беклин «Остров мертвых»

Арнольд Бёклин (*Arnold Böcklin*), (1827 – 1901). Швейцарский живописец, график, скульптор, выдающийся представитель позднего романтизма — символизма на пороге стиля модерн. Родился в Базеле, с 1950 г. работал в Риме, Веймаре, Базеле,

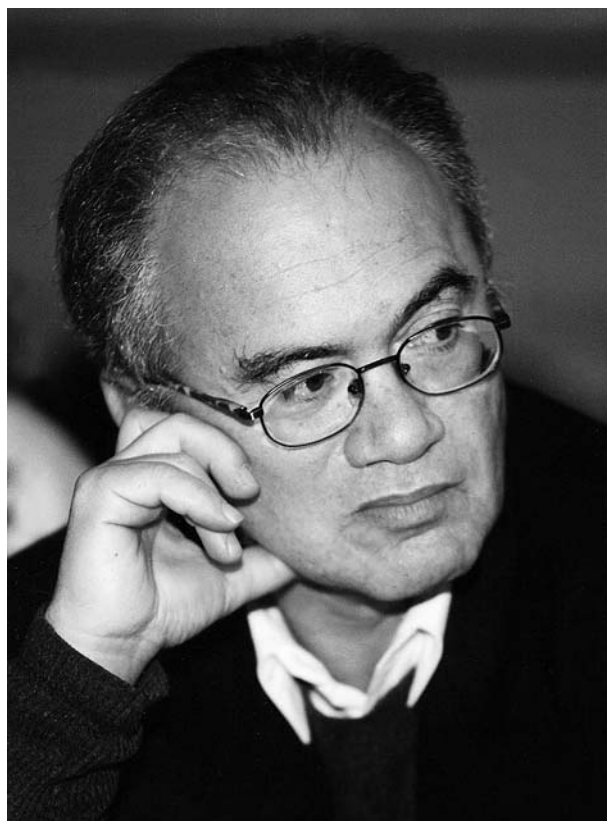
Цюрихе и Флоренции, где создал варианты всемирно известной картины «Остров мертвых». Эта работа — вершина доступного искусству выражения сокровенного трепета от готически-величественного мира вечного покоя ушедших.



Александр Кушнер «Венеция»

Александр Семенович Кушнер (1936 г.р., Ленинград) — классик отечественной поэзии, автор около 50-ти книг стихов и семи эссеистики. В 1963 и 1985 гг. подвергался остракизму. Главный редактор «Библиотеки поэта» (с 1992 г.). в 1993 г. подписал «Письмо сорока двух». Певец родного Санкт-Петербурга. С 1995 г. лауреат 12 премий. Продолжает традиции акмеистов. Иосиф Бродский так писал о нем: «Александр Кушнер — один из лучших лирических поэтов XX века, и его имени суждено стоять в ряду имен дорогих сердцу всякого, чей родной язык — русский».

Замечательна традиция романов о городах и стихотворных сборников, таких как вышедшие в 2012 г. в Москве и Киеве «Одесса в русской поэзии», «Киев в русской поэзии»... Мы помещаем редкое по проникновенности, многозвучности и точно схваченной ноте стихотворение Александра Кушнера из сборника «Венеция. Обретенный рай. 11 современных русских поэтов в офортах Кати Марголис». Италия/Россия, 2011.



Знаешь, лучшая в мире дорога —
Это, может быть, скользкая та,
Что к чертогу ведет от чертога,
Под которыми плещет вода.

И торчат деревянные сваи,
И на привязи, черные, в ряд
Катафалкоподобные стаи
Так нарядно и праздно стоят.

Мы по ней, златокудрой, проплыли
Мимо скалоподобных руин,
В мавританском построенных стиле,
Но с подсказкою Альп, Апеннин,

И казалось, что эти ступени,
Бархатистый зеленый подбой
Наш мурановский сумрачный гений
Афродитой назвал гробовой.

Разрушайся! Тони! Увяданье —
Это правда. В веках холодей!
Этот путь тем и дорог, что зданья
Повторяют страданья людей,

А иначе бы разве пылали
Ипомеи с геранями так
В каждой нише и в каждом портале,
На балконах, приветствуя мрак?

И последнее. (Я сокращаю
Восхищенье). Проплывшим вдвоем
Этот путь, как прошедшим по краю
Жизни, жизнь предстает не огнем,

Залетевшим во тьму, но водою,
Ослепленной огнями, обид
Нет, — волненьем, счастливой бедою.
Все течет. И при этом горит.

1974

НЕКРОЛОГИ

Наталья Васильевна Спиридонова **21.03.1954 – 12.07.2024**



Наталья Васильевна Спиридонова врач-психиатр по призванию, о которой это надо писать с большой буквы, 30 лет возглавлявшая Общественную приемную Независимой психиатрической ассоциации России. Наталья Васильевна родилась в московских Черемушках в семье главного инженера «Стеклоагрегата» и медсестры в трех поколениях в одной больнице. Со школьных лет хотела стать психиатром и окончив третий ММИ (первые два курса в Иркутске) проявила верность этому выбору, хотя была лучшей на курсе по терапии. На 4 курсе вышла замуж за сокурсника, в последующем терапевта и реаниматолога, с которым прожила всю жизнь. Десять лет работала в клинике неврозов им. Соловьева, увлеклась психотерапией и йога-терапией. С 1987 по 1991 г. работала в ПНД 21 Октябрьского района Москвы, с 1991 г. — в поликлинике МСЧ № 1 ЗИЛ врачом-психиатром, зав. отделением. С 1994 г. — в Независимой психиатрической ассоциации России.

Наталья Васильевна была не только одной из основных опор Независимой психиатрической ассоциации России, более 30-ти лет она возглавляла ее Общественную приемную.

На таких, как она, держится репутация нашей профессии. Спокойная участливая манера общения Натальи Васильевны с посетителями

приемной, уровень и цельность текстов ее психиатрических освидетельствований, меткость схваченных значимых деталей — восхищали.

Требовательная к себе, она была и строгим критиком статей, приходящих в журнал без оглядки на регалии их авторов, так же как к своим прежним начальникам — В. С. Чугунову и Э. Л. Гушанскому.

Ее отличала тонкая интуиция не только профессиональная, но и в отношении окружающих. Мы гордились ее профессионализмом, который всегда виден сразу в, казалось бы, простом описании данного.

Меня и Любовь Николаевну связывало с Натальей Васильевной глубокое внутренне родство, уважение и буквально родственные чувства. Это был самый надежный верный друг и соратник.

Есть нечто символическое в фамилии Натальи Васильевны — фамилии Богородицы левых эсеров — первой жертвы использования психиатрии в политических целях с 20-го года, как и в том, что ровно треть века нам удалось вместе вписать достойную страницу в историю любимой профессии. Мы всегда будем ее помнить.

От НПА России Ю. С. Савенко

Ольга Павловна Бурмистрова
19.11.1952 – 14.09.2024



С глубокой печалью сообщаем нашим читателям, что 14 сентября 2024 г. года ушла из жизни генеральный директор Издательского дома «Фолиум» Ольга Павловна Бурмистрова.

О. П. Бурмистрова родилась 19 ноября 1952 г. в Новочеркасске. После блестящего окончания музыкальной школы по классу фортепиано и школы с углубленным изучением английского языка в Ленинграде она поступила и в 1976 г. окончила физико-математический факультет Ленинградского государственного университета. В 1979 г. защитила диссертацию «Взаимодействие адсорбированных атомов с плотноупакованными гранями металлов» на соискание степени кандидата физ.-мат. наук.

С 1980 по 1997 г. работала старшим научным сотрудником лаборатории прикладной теоретической физики ФТИ им. А. Ф. Иоффе; с 1985 по 1987 г. — научным редактором журналов «Физика твердого тела» и «Журнала технической физики».

О. П. Бурмистрова — автор около 160 научных работ в области физики поверхностей

и гетерогенного анализа и двух монографий в области применения электронной спектроскопии для анализа поверхности. Основные направления ее научных исследований — десорбция, стимулированная электронными возбуждениями; ей принадлежит открытие способа определения величины эффективного заряда возбужденного атома на поверхности твердого тела по энергии десорбирующихся под действием электронного удара ионов, который до сих пор используется при проведении фундаментальных исследований в области физики поверхности.

В 2000 г. О. П. Бурмистрова была избрана членом Российской академии естественных наук по секции «Ноосферные знания и технологии».

Огромный период своей жизни Ольга Павловна посвятила Издательскому дому «Фолиум», созданному ею вместе с коллегами в 1993 г. Озабоченность проблемами российской науки привела ее к идее создать издательскую площадку, позволившую научным журналам существовать в новых экономических условиях. В роли директора

издательства Ольга Павловна тратила огромные личные силы на поддержку и развитие научной периодики.

Ольга Павловна с интересом следила за новыми течениями в современной науке, что привело к появлению большого числа журналов и книг, выпущенных издательством.

Сферы деятельности Ольги Павловны простирались также за границы издательского дела и за границы России. Так, в начале 2000-х годов она инициировала проект в поддержку развития интереса к русской культуре через русскую книгу в Восточной Европе. В библиотеках университетов, как и в открытых ею магазинах русской книги, формировался интерес к русскому языку и культуре через литературу.

Как руководитель издательства Ольга Павловна была всегда готова поддерживать сотрудников и личным примером вдохновляла команду. Она активно участвовала в проектах, постоянно развиваясь как профессионал, и делилась своим опытом. Как следствие, она собрала и воспитала коллектив профессионалов, исповедующих ее идеи.

Насыщенная работа директора издательства не мешала ей заниматься многочисленными благотворительными проектами.

Гуманизм и милосердие — бесценные качества в любую эпоху.

Безвременный уход Ольги Павловны оставляет незаживающую рану в душах множества людей, кому посчастливилось знать ее и быть ее другом.

Ольга Павловна прежде всего замечательный незабываемый человек, в котором гармонично сочетались прирожденная доброжелательность и в то же время строгий и критический ум доктора физико-математических наук, свободный от крайностей сциентизма, что обеспечило издательству «Фолиум» заслуженный авторитет. Опытный организатор, она была другом своего коллектива. Регулярным выходом «Независимого психиатрического журнала» в течение четверти века, вопреки трудностям последних лет, с сохранением его бумажной версии, мы обязаны Ольге Павловне, и благодарная память об этом и о ней как человеке впечатана в это наше совместное дело.

Выражаем глубокие соболезнования родным и близким Ольги Павловны Бурмистровой.

От НПА России Ю. С. Савенко

Питер Брайан Реддауэй (Peter Brian Reddaway)

8 сентября 1939 г. — 28 июля 2024 г.



Питер Реддауэй — британо-американский ученый-политолог, эксперт по Советскому Союзу и России, исследователь и непосредственный летописец диссидентского и правозащитного движения в СССР, сооснователь и директор «Фонда им. Александра Герцена».

Родился и учился в Кембридже, Великобритания. Его отец — профессор политической экономики в Кембридже, автор книги о советской экономике. Во время аспирантуры учился в Гарвардском и Московском университетах. Выиграл 10-ти месячную стипендию Британского совета для обучения в МГУ. Попытка помочь выезду из СССР семье знакомого невозвращенца, закончилась высылкой его из СССР и запретом на въезд. Он поступил в Лондонскую школу экономики на докторантуру и в 1969 г. стал сооснователем и руководителем «Фонда Александра Герцена», который впервые на Западе опубликовал работы Андрея Амальрика, Юлия Даниэля, Ларисы Богораз, Андрея Синявского и Павла Литвинова.

В 1976 г. совместно с психиатром Сидни Блохом опубликовал тщательно документированную работу «Soviet Psychiatric Abuse in the Soviet Union» («Злоупотребление психиатрией в Советском Союзе»). В 1986 г. Питер Реддауэй занял пост директора Института Кеннана в вашингтонском аналитическом Центре Вудро Вильсона, неоднократно давал показания комитетам Конгресса США в отношении диссидентского движения в СССР в качестве ключевого вопроса в диалоге Востока и Запада.

В марте 1989 г. Питер Реддауэй в составе делегации американских психиатров, приглашенных в Советский Союз, присутствовал на двухдневном учредительном съезде НПА России. В 1995 г. Ассоциация психиатров Украины издала первый том работы Сидни Блоха и Питера Реддауэя «Злоупотребление психиатрии в Советском Союзе» (1976 г.) на русском языке, продленный событиями до 1980 г., под названием «Диагноз: инакомыслие. Как советские психиатры лечат от политического инакомыслия». Второй том (до 1989 г.) остался непереуведенным. С 1989 г. Реддауэй — профессор политологии и международных отношений в Университете Джорджа Вашингтона. В отличие от большинства западных специалистов по СССР и России, Реддауэй критиковал президента Ельцина за «шоковую терапию», непродуманную приватизацию, стрельбу из танков по зданию Верховного Совета РФ в 1993 г.

Среди других его публикаций: «Россия без цензуры: Движение за права человека в СССР», (1972); «Трагедия российских реформ: рыночный большевизм против демократии», в соавторстве с Д. Глинским, (2001); «Диссиденты: Мемуары», (2020).

Мы сохраним благодарную память о Питере Реддауэе как достойный пример эффективного научного исследователя политически раскаленной общественно важной темы.

От НПА России Ю. С. Савенко

РЕКОМЕНДАЦИИ

Гуссерль Эдмунд. Логические исследования. т. 1; т. 2 часть 1; т. 2 часть 2. М., 2024.

Моррис Уильям. Вести ниоткуда, или эпоха спокойствия. М., 2024.

Дьюи Джон. Искусство как опыт. М., 2024.

Мардер Майкл. Растительное мышление. Философия вегетативной жизни. М., 2024.

* * *

Ровелли Карло. Анаксимандр и рождение науки. М., 2024.

Фейгин Брайан. Малоледниковый период. Как климат изменил историю. М., 2024.

Винарский Максим. Мертвый лев. Посмертная биография Дарвина и его идей. М., 2024.

Меринг Райнхард. Карл Шмитт. Взлет и падение. М., 2024.

Аличевич Микеле. Альберт Хиршман. М., 2024.

Бхаттачарья Ананьо. Человек из будущего. Жизнь Джона фон Неймана, создавшего наш мир. М., 2024.

Ричи Стюарт. Научообразная чушь. Разоблачение мошенничества, предвзятости, недобросовестности и хайпа в науке. М., 2024.

* * *

Боас Франц. Антропология и современность. М., 2024.

Малиновский Бронислав. Избранное. М., 2024.

Фрэдон Рамона. Фауст — гностик: тайные учения. М., 2024.

Бурмистров Константин. В поисках Зефиреи. Заметки о каббале и «тайных науках» в русской культуре первой трети XX века. М., 2024.

Кельзен Ганс. Очерки философии права и морали. М., 2024.

Арендт Ханна. Люди в темные времена. М., 2024.

* * *

Гроймас А. Ж., Фонтаней Ж. Семиотика страстей. М., 2015.

Яров Сергей. Блокадная этика. Представление о морали в Ленинграде в 1941 – 1942 гг. (4 испр. изд.). СПб., 2021, 2023).

Фокс Д. А., Левин Д., Куннет К. Желание убивать. Осмысление бессмысленной жестокости. 2024.

Вельцер Харема. Обыкновенные убийцы. Как система превращает обыкновенных людей в монстров. М., 2024.

Гуха Ахона. Незалеченные раны. Как травмированные люди становятся теми, кто причиняет боль, М., 2024.

* * *

Горильни Томазо. Больница неизлечимо помешанных. СПб., 2021.

* * *

Мелвилл Герман. Обманщик и его маскарад. М., 2023.

Джеймс Генри. Другой Дом. М., 2024.

Фолкнер Уильям. Солдатская награда. М., 2024.

Цвейг Стефан. Дневник 1914 – 1916. Libra, 2023.

Оруэлл Джордж. 1945. Руины. Военные репортажи. М., 2024.

Поплавский Борис. Флаги. М., 2024.

Арендт Ханна. Вспоминая Уистена Хью Одена. СПб., 2023.

Шемякин Михаил. Моя жизнь: до изгнания. М., 2024.

ABSTRACTS

The ineradicable stereotype of the image of a «born criminal» as anthropicity

Dr. S. Savenko

A particular example of Lombroso's concept of a «born criminal» shows how anthropology began to transform from a scientific discipline of one object — the problem of the origin of man and human races in one biological aspect of consideration — into a discipline whose object is man as a whole in his world with all his problems, considered contextually, i.e. more specifically and anthropophilically, in contrast to formally analytical academic (not applied) science, which explains everything outside of all value bases, except logical evidence. This distinguishes the entire categorical apparatus of anthropology only homonymous with psychology. Since then, the study of man has been both in the mainstream of individual sciences and sections of anthropology. Psychiatry in its most pronounced form is a section of pathological anthropology, using the achievements of academic sciences for its own purposes and on its own grounds. The latest advances in artificial intelligence have finally shown the reality and enormous significance of the fundamental difference between purely scientific and anthropological approaches, the mixing of which instead of their interference inhibits the development of general psychiatry.

Keywords: The concept of the born criminal, Lombroso, anthropology, anthropocentrism, anti-anthropism of science, psychiatry as pathological anthropology.

New grounds for information exchange between psychiatric institutions and the police

Yu. N. Argunova

The article examines amendments made to the federal laws «On the Police», «On the Fundamentals of Health Protection of Citizens in the Russian Federation» and the Law of the Russian Federation «On Psychiatric Care and Guarantees of Citizens' Rights in Its Provision», which oblige medical organizations and internal affairs agencies to exchange information about individuals under dispensary observation and prone to commit socially dangerous acts.

Keywords: dispensary observation; propensity to commit socially dangerous acts.

Comparative analysis of gender and sexual disorders in DSM-V TR and ICD-11

A. Ya. Perekhov (Rostov-on-Don)

The main difference between ICD-11 and DSM-5 is that gender disorders in DSM-5 remain part of the classification of mental disorders, while in ICD-11 it is a new

section, i.e. the international classification «runs ahead of the locomotive», being much more «revolutionary» in this matter, while the usually «modernist» DSM remains on more «conservative», or more precisely on classical clinical positions. In DSM-5TR there is no «purely social» division of paraphilias into those that cause or do not cause harm to «surrounding living beings», as is done in ICD-11. In the American classification, as well as in ICD of all revisions, there is no most significant criterion of paraphilic disorders – dependent sexual behavior, which does not allow distinguishing a true mental disorder from widespread deviations of sexual behavior.

Keywords: Gender dysphoria, paraphilic disorders in DSM-5TR, ICD-11.

Commentary to the article by A. Francis «ICD-11 + DSM-V — diagnostic Babylon»

A. Ya. Perekhov (Rostov-on-Don)

The main false paths along which world psychiatry is slowly but surely moving are accurately shown. Modern classifications do not take into account that clinical psychiatry is not only and not so much a medical discipline as an anthropological one. The expansion of psychiatry (dozens of new diseases) automatically leads to the psychiatrization of reality, which immediately leads to a sharp increase in antipsychiatry on the one hand and the reduction of psychiatry in the form of «psychological causality» on the other hand. Conclusions: There are no new mental illnesses. They do not exist and cannot exist. There may be various new forms (clinical and phenomenological, but not psychopathological) due to cultural, social, medicinal and other forms of pathomorphosis. There are no new psychopathological syndromes, either productive or negative, they were all described by the middle of the last century.

Keywords: diagnostic Babylon, new mental illnesses in DSM-V, ICD-11.

Personality changes under the influence of cumulative traumatic stress

E. V. Snedkov

The experience of the Afghan war shows the fallacy of combining acute and cumulative traumatic stress, the direct dependence of the success of rehabilitation measures on the duration of stay in a combat situation and, as a specificity of the Afghan war, the role of drugs.

Keywords: traumatic stress, acute and cumulative; Afghan traumatic stress.

«НЕЗАВИСИМЫЙ ПСИХИАТРИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ»

- 1991, I: Устав НПА — Антипсихиатрия сегодня — Индукция.
- 1992, I-II: 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: Интрапещия 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 Стобуна.
- 1994, IV: Психоанализ в противоречиях — Биографический метод — Терапия смыслоутраты.
- 1995, I: Вязотек. 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. — Психириургия — Представительство интересов психич. б-ных — VII съезд НПА и XII съезд РОП.
- 1996, I: Ясперс о бреде ревности (1) — Психиатрия и права человека — О мышлении по аналогии — Б-нь Гоголя.
- 1996, II: Ясперс (2) — Психиатрия и нейрофизиология — Психиатрия в III Рейхе/ГДР и СССР/России — Обращение в Думу.
- 1996, III: Ясперс (3) — Клинический разбор — Образ человека и мозг — Правовые казусы — О психоанализе.
- 1996, IV: Ясперс (4) — Конгресс в Мадриде — Психиатрия и религия — Памятка для пациентов об их правах.
- 1997, I: Интуиция в психиатрии — Новая парадигма. I — Спор.
- 1997, II: Предложения к Закону — Метод идеальных типов — Новая парадигма. II — Психиатрический ГУЛАГ.
- 1997, III: Сто лет психоанализа — Новая парадигма. III — Психиатрия и религия — Развитие испанск. психиатрии.
- 1997, IV: Гуссерль и Ясперс — Новая парадигма. IV — Юбилей Бехтерева — Патографии Ленина и Хрущева.
- 1998, I: Гуссерль и Ясперс — Новая парадигма. V — Законы о наркотиках — Экспертиза Бехтерева по делу Бейлиса.
- 1998, II: Деят. НПА в 1997 г. — Разв. психиатрич. помощи в России — Этич. стандарты в психиатрии — Детская психиатрия.
- 1998, III: Структура идентичности и психоз — О предмете социальной психиатрии — “Тирания психиатрии” и “тирания права” — Сорокин об ошибке русской интеллигенции.
- 1998, IV: Конц. психопатол. диатеза — Полемика о борьбе с наркоманиями — Психиатрия и религия — Курт Гольдштейн.
- 1999, I: Курт 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 саентологов — 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 “промыывания мозгов” — фальшивка ЦРУ — Об экспертизах саентологов и иеговистов.
- 2001, II: Экзистенциальный анализ восприятия князя Мышкина — Психопатол. диатез — О психич. здоровье и состязат. эксп. — Экспансия идеологии на психич. здоровье.
- 2001, III: Крепелин — Нет — метадону — Признаки упадка психиатрии (1) — Эпическая терапия — Дело Стобуна.
- 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 жилищн. 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 — Алеситимия — 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 ГНЦ 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. Методовые 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.? Профилантику 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. Беспольное иссл. Революция 1905 г. XVI съезд пс. России.
- 2016, I:** Чаадаев — Полликановские 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. вменяемость в Беларуси. — ПТСР как опроверж. “ложного диагноза”. — Незаконный перевод в ПНИ. — Психотерапия. — Письмо Баженова.
- 2017, I:** Реформа психиатрии. — Резолюция XV съезда НПА. — Рюмке. — Конгресс ЕАП. — Коморбидность. — Консторумские чтения.
- 2017, II:** 1937. — Клерикализ. наркологии. — СПб и Моск. школы. — Персонализиров. медицина. — Бредовой нарратив.
- 2017, III:** 25 лет Закону о псих.помощи. — Уник. дневник I. — Общ. опасность по-советски. — Каган о психотер. — Психотер. при авторитарном управлении.
- 2017, IV:** Психиатрия за 100 лет. — Уник. дневник II. — Шнайдер. — Роль священника и пс/тер. — Каган о пс/тер. II. — Конгресс ВПА.
- 2018, I:** Предмет суд.псих. — Три лика псих. — Курт Шнайдер. — Конгресс WPA. — Тонконогий. — Гурович.
- 2018, II:** К. Левин. — Математика. — 3 лика 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. I-Интердисциплинар. — Патокинез аф.опиоманов. — Федермессер о ПНИ. — Кризис пс. — Ист. пс. — Солдафонский стиль. — Пс/тер. Пьесы. — Либерман.
- 2019, IV:** Сеченов. — Шпет. — Педология. — С. Л. Рубинштейн. — К теории пс. 2. — Первичн. мед. пом. и пс. — Суицидология. — Оспаривание пс. д-за. — Европ. комитет против пыток. 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 — 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 лейкомии — 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 Варганияне — 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.