

ЖУРНАЛ О КУЛЬТУРЕ ЗДОРОВЬЯ

ТРИ СЕСТРЫ

2019 °2



СМЕЯТЬСЯ НЕЛЬЗЯ УНЫВАТЬ



Дорогие друзья!

После выхода нашего первого, новогоднего номера вы стали присылать нам отзывы. Да, мы надеялись, что наш журнал покажется интересным врачам и пациентам. Но не ожидали, что будет столько положительных откликов от людей, не связанных напрямую с медициной. На редколлегии в начале года мы обсудили дальнейшую стратегию и решили, что будем делать журнал о культуре здоровья. Герои наших материалов – современные врачи, пациенты, ученые, педагоги и бизнесмены.

В этом номере мы исследуем категорию юмора. Надо заметить, что в шутках о здоровье природа юмора и его защитные механизмы раскрываются полнее всего. Даем слово антропологам, врачам, психологам и пациентам. Рассказываем о фокусах мозга и о том, как с ними справляются в «Трех сестрах».

Анна Симакова,
генеральный директор
Центра реабилитации
«Три сестры»

О редакции

Главный редактор

Екатерина Бондаренко

Арт-директор

Евгений Тихомиров

Фоторедактор

Анна Федотова

Корректор

Екатерина Баранова

Препресс

Михаил Шишлянников

Макет

Евгений Тихомиров

Шрифты

type.today

Адрес редакции

Московская обл.,
д. Райки, ул. Чеховская, 1
+7-495-488-66-89
doctor@three-sisters.ru
three-sisters.ru

Ежеквартальное издание
Центра восстановительной
медицины и реабилитации
«Три сестры», № 2, 2019 г.
Отпечатано в России.
Компания «Нетипография».

Подписано в печать 10.04.2019 г.
Тираж 1 тыс. экз.

Все права защищены.
Перепечатка материалов
разрешена только
с письменного согласия
редакции.

Содержание

2019/2

Цифры

5 фактов о клинике
«Три сестры» | 4
Клиника «Три сестры» в цифрах

Смеяться нельзя унывать

Живительная сила
бобровой струи | 6
Юмор врачей — тема, к которой
приближаешься с осторожностью. Уместны
ли в общении с пациентами шутки

Евгения Воскобойникова:
«Страшно смешно» | 10

Соавтор книги «На моем месте.
История одного перелома» — о том,
как шутят люди с инвалидностью

Над кем смеетесь? | 12

Почему знакомые анекдоты не кажутся
смешными, и для чего существуют
скабрзные и абсурдные шутки

Гениальность в простоте | 14

Две точки и улыбка в круге: как появился
символ, который понятен любому
человеку в любой точке земного шара

Интервью

Лев Брылев | 16

«Если врач не знает, как лечить больного,
это тоже имеет отношение к этике»

Как это работает

Про-клятие Гиппократа | 20
Чем клянутся выпускники медицинских
вузов и какая кара ожидает их за
нарушение врачебного долга

Кто такой нейропсихолог | 22

Один день из жизни
нейропсихолога | 24

Декларация функциональной
независимости | 26

Как оценивать эффективность
реабилитации с помощью шкалы FIM

Сиделка, пансионат или
центр реабилитации? | 30

Если пожилой родственник пережил
инсульт, к кому обратиться за помощью?

Фокусы мозга | 32

Ключевые понятия и выражения,
без которых не обойтись в разговоре
о нейропсихологии

Опыт

Сейчас или никогда | 34
Как помочь пациенту не откладывать
жизнь на потом

Двигаться дальше | 36
Как изобретения для пациентов после
инсульта помогут пробежать марафон в ЮАР

От первого лица

Четыре фильма о сложных
отношениях | 38
Нейропсихологи центра «Три сестры»
читают фильмы как истории болезни
и объясняют экзистенциальные драмы
особенностями мозговой деятельности

Свои люди

Как в кино | 40

Центр «Три сестры» пригласил кинокритика
Сергея Оболонкова курировать программу
кинопоказов для пациентов. По нашей просьбе
Сергей рассказал, из чего она складывается

Лилия Аббясова, Тимофей
Кротов и их дочь Кира | 42

Вместе на работе и дома

Двигаться дальше. Как изобретения для пациентов после инсульта
помогут пробежать марафон в ЮАР — с. 36



1



Когда мы только задумали открыть клинику, среди нас еще не было врачей — одни финансисты, юристы и маркетологи. И вот мы наивно решили разобраться в основах и заказали курс «Медицина для немедиков». Пришел лектор, который долго рассказывал что-то непонятное. Было скучно. В заключении он добрался до сильнодействующих и наркотических средств. Несколько раз произнес слово «опиаты» и закончил фразой: «Опиаты все ядовитые». Тут один участник нашей группы оживился: «Как все?» — «Ну вот так. Абсолютно все ядовитые». — «Не может быть! Я же их ел!..» Друзья, ешьте опята и воздержитесь от опиатов.

5 ФАКТОВ

о клинике «Три сестры»

4

2



Какие только фокусы не вытворяет с нами наш мозг! Как говорит нейролингвист Татьяна Черниговская, непонятно, кто кем управляет. Недавно нашей пациенткой была девушка Ольга, — после автомобильной аварии она, почти не получив физических повреждений, стала полностью дезориентированной. За рулем тогда был ее бойфренд Михаил. Сам он не пострадал. Ольга не могла найти дорогу от палаты до кабинета доктора, не понимала, что она делает в больнице, безразлично общалась с родителями. Михаил навещал ее тайно. Как только он появлялся, Ольга менялась: четко знала, куда нужно идти и что делать, чтобы родители их не заметили.

Пять лет назад женская часть команды готовила сюрприз мужчинам к 23 Февраля. Решили записать видеоролик, в котором женщины читают известные стихи в исторических костюмах. Дождались, когда все мужчины разойдутся по домам, и собрались в холле. Темно уже, поздний вечер. Свет, костюмы, грим. Репетируем. И тут дзинь! — открывается лифт. Все поворачивают голову — сиделка выкатывает на кресле пациента, парня после тяжелой травмы головы. Он внимательно на все это посмотрел и вдруг как закричит, протяжно и громко: «Бл-**-**-ть!» Сиделка от испуга тут же закатила его обратно и скорее поехала на другой этаж.

3



5. У нас в клинике есть детский невролог с необычным именем-отчеством — Динара Балажановна. И вот недавно пришёл к нам на работу молодой стажёр и задаёт вопрос в общем чате: «Динара Баклажановна, вопрос по вашему пациенту...»

5

И еще про мозг. Однажды к нам поступил пациент. Русский, но в последний год жил в Америке. Упал с дерева, получил тяжелую травму головы. Со страховкой в Штатах оказались проблемы. Пациента привезли в Россию и диагностировали акинетический мутизм. Он не понимал обращенную к нему речь и не реагировал на команды. И вот обход главного врача. Заходит наш Дмитрий Викторович и начинает с «Hello!». И тут же у пациента появляются, и смысл во взгляде, и внимание. Оказалось, травма привела к тому, что он не помнит русский, но по-прежнему понимает английский язык. Продолжили реабилитацию на английском. ☺

4



ЖИВИТЕЛЬНАЯ СИЛА БОБРОВОЙ СТРУИ

6



Текст: Наталья Зайцева,
журналист

Юмор врачей – тема, к которой приближаешься с осторожностью. Уместны ли в общении с пациентами шутки? Беседы со специалистами «Трёх сестёр» – физиотерапевтами, помощниками, врачами и психологами – показали, что юмор иногда очень полезен, но у него есть свои особенности

У врачей бывают отвратительные дни и часы, не дай бог никому этого. Среди врачей, правда, не редкость невежды и хамы, как и среди писателей, инженеров, вообще людей, но те отвратительные часы и дни, о которых я говорю, бывают только у врачей, и за сие, говоря по совести, многое простить должно.

А. Чехов. Из письма А. Суворину

Ресепшен

Первое, с чем сталкиваются пациенты и их родственники, – ресепшен. Здесь работает Лиза. Она кладезь смешных историй, но ее тон ни в коем случае не легкомысленный.

– Могу ли я пошутить с человеком, который звонит? Нет, конечно. Я могу его подбодрить, сказать что-то жизнеутверждающее.

Между тем люди звонят на ресепшен со смешными вопросами.

– «Это реабилитационный центр? Девушка, мне сексом после инсульта через сколько можно начинать заниматься?» – «Если вы задаете такой вопрос, то, в принципе, можно уже начинать», – отвечаю. «Слушай, я сейчас жену позову, ты ей скажи!» Или дядька в восемь утра: «Девушка, проконсультируйте про эту... бобровую струю!» Думаю, может, я чего не знаю? Может, какой синдром? «Чуть подробнее, – прошу. – Что бы вы хотели узнать?» – «Бобровая струя при инсульте хорошо помогает?» – «У нас центр доказательной медицины, используем только методы, признанные во все мире». – «Короче, понял: шарлатаны!»

– Супружеская пара – мужчина после инсульта с нарушением речи и его жена. Несколько месяцев провели в центре. Восстановление шло, но процесс – длительный. Жена уже заскучала. И вот вечером они спускаются в ресторан. Жена: «Ну что ты все молчишь? Молчишь, молчишь, молчишь, молчишь. Говори уже!» И так минут пять. Успокоилась. И тут дед: «Па-а-а-шла в жо-о-о-пу!» Господи, заговорил! Сила любви!

Физические терапевты

Исследователи юмора утверждают, что положительные эмоции расширяют фокус внимания и позволяют человеку творчески преодолевать невзгоды. Физиотерапевты говорят: если движение эмоционально подпитано позитивом, то оно закрепится лучше. Занимаясь с пациентами день за днем, неделю за неделей, месяц за месяцем, физиотерапевты устанавливают связь, основанную на совместном стремлении к результату. И эта близость допускает шуточный тон.

С первой минуты физиотерапевты сыплют шутками.

— Есть пациент Артем, который на вопрос «как дела?» отвечает: «Плохо». — «А что такое?» — «Машина сбила». И так все время поддавливает меня!

— Пациентка, у которой нет одной ноги, любит подшутить над собой: на вопрос «как дела?» отвечает, что встала не с той ноги.

— Еще у нас есть любимые фразочки: «Жизнь — это боль», «А кому сейчас легко?» и «Рота, подъем!».

Сам вид подтянутых и смешливых физиотерапевтов уже бодрит. Ребята говорят, что серьезный и сочувственный тон они не принимают, потому что «это приведет к хандре» и отказу делать сложные упражнения.

— Им жалость не нужна. Если пациент может сделать что-то сам, он должен делать это сам. Иначе мы обкрадываем его. Эмпатия в том, чтобы развиваться в профессии, придумывать упражнения, которые будут эффективны для пациента.

Помощники по уходу

Юмор помогает передавать информацию обходным путем: там, где прямой способ обсуждения может усугубить противоречия, юмор их сглаживает. Может быть, поэтому функцию юмора как обходного маневра активно используют физиотерапевты и медсестры. Во-первых, они в большей степени, чем врачи, чувствуют себя наравне с пациентами, во-вторых, игривость позволяет легче делать то, что трудно, но необходимо. Поскольку помощники ближе всего к телу пациента, то срабатывает то, о чем писал еще Фрейд в своем трактате об остроумии: сознание рождает шутку при приближении к табуированным вещам. Юмор помогает справиться с неловкостью ситуации и смириться с процедурой.

Вот что говорят ухаживающие.



– У нее после инсульта одна сторона работает. Я прихожу: «Ну что, будем обниматься?» (чтобы пересадить пациентку на коляску, нужно, чтобы она обняла помощника. – *Примеч. ред.*).

– Надо вести дедушку на занятия. «Я не пойду!» – «А поехать?» – «А там девки есть?» – «Да, молодые». – «Ну поехали!»

– Все очень индивидуально. Раз пошутишь – смотришь на пациента и понимаешь, что с этим лучше не надо шутить.

Помощники по уходу проводят с пациентами 24 часа в сутки. Они говорят, что с юмором обстановка более домашняя.

– Для пациента юмор – это разгрузка. Это значит, он доверяет.

– Недавно пациент с нарушением чувствительности в ногах захотел чаю, не подумал, что можно кого-то позвать. Подъехал на коляске к кулеру, набрал кипятка, поставил между ног чашку, приехал и забыл. Ложится спать – а там ожог. Он его не почувствовал. Теперь сам шутит: «Поеду за кипяточком». И все: «Что, за кипяточком?» После этого случая в клинике придумали вешать в палату табличку, которая напоминает таким пациентам об опасности обжечься.

Отдельная тема – юмор между пациентами. Помощник по уходу Дмитрий говорит, что иногда ему сложно понять, как себя вести, когда пациенты подтрунивают над инвалидностью друг друга.

– Пациенты клички друг другу придумывают. Один – Ушастый, другой – Шлеп-нога. Иногда пациенты шутят между собой довольно жестко. Думаешь: «Есть ли смысл поддаться их настроению и тоже пошутить или нет?»

Похоже, пациенты часто не прочь повеселиться.

– Фильмы снимают, монтируют, накладывают музыку. Была девчонка на электроколяске. Она ехала, а за ней уцепились четыре-пять колясок, катались.

Врачи

Врачи шутят в основном между собой, а с пациентами почти никогда. На них большая ответственность: они объясняют диагнозы и сообщают прогнозы. Юмору здесь не место.

– Никто у нас не позволяет себе с пациентами шутить.

– В основном мы шутим между собой. Вот Дмитрий Алексеевич любит в чат написать красиво, как Лев Толстой. Иногда даже стихами.

О талантах Дмитрия Алексеевича мне уже рассказывали психологи: что он может в общий чат написать сообщение, в котором каждое слово начинается с одной и той же буквы, что придумывает смешные обращения.

– А что вы на меня так смотрите? – входит в ординаторскую Дмитрий Алексеевич.

– Мы смотрим, как ярко сияет на вас корона, Дмитрий Алексеевич!

В отличие от физиотерапевтов и помощников по уходу, врачи не вспомнили ни одной шутки из общения с пациентами. Главврач Дмитрий Кухно рассказал узкоспециальную шутку, которую могут понять только врачи (я не поняла), – о шприцах разного производства. Заканчивалась она словами: «Это потому, что вы иглы не гнете».

Я спрашиваю, подшучивают ли врачи друг над другом.

– Любимая шутка врачей – это женить молодых врачей, – жалуется Дмитрий Алексеевич.

В ординаторской нескончаемый смех. Зачем врачи шутят? Юмор, как объясняет Дмитрий Кухно, самый рациональный механизм защиты. Среди реабилитологов высокий процент эмоционального выгорания. После реанимации и хирургии пациент надеется, что он пройдет реабилитацию и все будет по-прежнему. Реабилитолог должен рассказать, что ждет пациента дальше. Тяжело приходится и с родственниками.

– У родственников много ожиданий, надежд, вопросов. Они не могут смириться. У них почему-то дольше идет фаза отрицания.

– Когда тебя мама спрашивает: «В чем моя дочь виновата? За что нам это?», ты не знаешь, что ответить. Нас учат, но все равно тяжело.

У Дмитрия Кухно, главного врача «Трех сестер», американское прошлое, он долгое время жил и работал в Штатах. На вопрос, шутят ли коллеги над ним, они весело отвечают:

– Когда не знаем, что делать, мы говорим: «Well...» ☺

Евгения Воскобойникова:

«СТРАШНО
СМЕШНО»

12 лет назад я попала в аварию. Автомобиль, в котором находилась я и ещё несколько человек, потерял управление и на полной скорости врезался в рекламный щит

10

Первое, что я почувствовала, когда очнулась (точнее, не почувствовала), — это ноги: их будто бы не было. Секунду спустя увидела на своих коленях окровавленную голову моей подруги, и стало совсем страшно. В итоге — два сломанных позвончика, одна черепно-мозговая травма и несколько перевернутых судеб. Один из этих позвончиков был моим: перелом и вывих Th3–Th4 с разрывом спинного мозга.

Мне был 21 год. Жизнь не остановилась, нет, она стала совсем другой. Вместо университета — ежедневные обходы врачей, осматривающих мое тело. Вместо тусовок и клубов — капельницы и мочеприемники. Вместо романов и свиданий — «мы стабилизировали позвончик, скоро можно будет в инвалидную коляску сесть».

Моя жизнь обнулилась. Нужно было искать силы — но где? Во взглядах врачей, которые отводят глаза? В родственниках, едва сдерживающих слезы, или в друзьях, на лицах которых нескрываемый ужас?

В тот момент я нашла силы в том, что происходящее можно было воспринимать с улыбкой, как своеобразный театр абсурда, все равно ведь терять уже было

ничего. Врачи и медсестры меня сразу же в этом подержали и стали видеть во мне не только пациента, но и человека, с которым можно поболтать. Медсестры приходили ко мне на перевязку и не просто обрабатывали спину зеленкой, а рисовали разные узоры, иногда даже оставляли сообщения для следующей смены.

Для медиков юмор — это естественно. Так они держат дистанцию между собой и окружающими их на работе драмами. Такой навык — сугубо медицинский. Одна из девчонок рассказывала, что муж запретил ей работать в реанимации, после того как увидел возле дверей операционной отрезанную ногу в кроссовке. Ее ампутировали после аварии и попросту выставили за дверь из операционной.

Люди с инвалидностью в своем кругу могут шутить так, что непосвященному становится дико. Например, называя друг друга «калека» или «калич», мы не пытаемся обидеть или унижить, наоборот, это своего рода уменьшительно-ласкательные выражения. Такая же история, например, у афроамериканцев. Они называют друг друга “nigger” — но, если ты белокожий, ты уже не сможешь себе позволить так говорить. ☺

ОБ АВТОРЕ

Журналист, эксперт по социальной тематике, соавтор книги «На моем месте. История одного перелома». Каждый год проходит курс реабилитации. Практикует пилатес, любит плавать в море и в бассейне.



Над кем смеётесь?

Зачем люди шутят, как мозг хранит и обрабатывает информацию, что такое фреймы и что происходит при их несовпадении



Текст: Александра Архипова,
антрополог, исследовательская
группа «Мониторинг
актуального фольклора»,
РАНХиГС



В XX веке наступает эпоха новых подходов в антропологии и психологии. В 1905 году венский врач Зигмунд Фрейд пишет небольшую работу «Остроумие и его отношение к бессознательному». Он задается простым, по сути, вопросом: зачем в нашем обществе существует традиция рассказывать и слушать шутки, причем даже сексуальные или абсурдные?

Человек всегда носит в себе «внутреннего родителя», свое супер-эго, говорит Фрейд. Этот внутренний родитель возвращается с детства, его задача — контролировать психическое состояние своего подопечно-

го таким образом, чтобы его поведение отвечало социально одобряемым правилам. И даже во взрослом состоянии отношения человека с его цензором не совсем безоблачны: нам порой хочется вести себя свободно, как в далеком детстве, не будучи скованными цепями социальных табу.

Единственным способом является обман цензора — ибо он столь же простодушен, сколь и строг. Например, он внимательно следит за соблюдением сексуальных запретов. Но вместо прямого проявления намерений можно рассказать «гендерно окрашенный» анекдот. Цензор обманут, а человек, точнее, его «внутренний ребенок» получает удовольствие от высвобождения психической энергии, которая выплескивается нару-

жу в виде смеха. Причем, что удивительно, обманываются и цензор рассказчика, и цензор слушающего. Процесс этот Фрейд называл частным случаем сублимации, то есть выражения своих желаний в непрямой и потому социально возможной форме. Из этой логики следует, кстати, довольно нетривиальный вывод: чем больше в обществе жестких запретов, чем сильнее должны расцветать разные формы юмора.

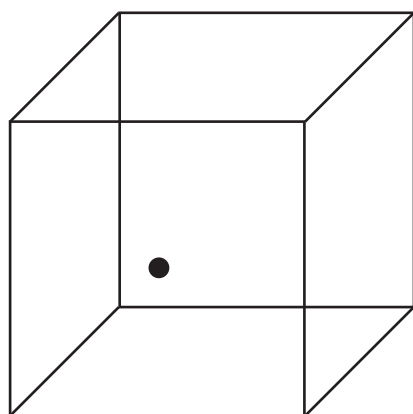
Теория Фрейда царила в исследованиях юмора и смеха как социального и психологического феномена вплоть до 1960-х годов, когда — задолго до появления настоящего компьютера — начинают бешено развиваться исследования искусственного интеллекта. Главная задача таких исследователей звучит парадоксально: чтобы научить искусственный интеллект хранить и обрабатывать информацию, мы должны понять, как человеческий мозг это делает. Поэтому когнитивисты (специалисты, изучающие мыслительные процессы) обращают самое пристальное внимание на юмор. Как и для Фрейда, юмор для них — это симптом, указывающий на какое-то нарушение в работе сознания.

Когда все попытки создать обучающиеся программы, построенные только на причинно-следственной связи, потерпели поражение, специалист по искусственному интеллекту Марвин Минский задумался о том, как на самом деле мы храним информацию. В нашем мозгу есть набор типичных представлений о каждой ситуации и явлении — Минский называет их «фреймами». Например, в типичный фрейм комнаты входит знание о том, что комната — это такое более-менее замкнутое помещение, где есть выход в окружающее пространство побольше (дверь) и поменьше (окно), причем оба они, скорее, прямоугольные. Когда герой книги Жюль Верна попадает на подводную лодку «Наутилус», о существовании которой он не догадывался, и просыпается рядом с круглым окном, это вызывает у него страшную тревогу — ведь в фрейме европейской комнаты нет иллюминатора. Фреймы соединяются

друг с другом с помощью общих элементов — «терминалов». Дверь будет общим терминалом для фреймов «дом» и «комната». Специальный когнитивный цензор следит за тем, чтобы терминалы случайно не совпали, иначе процесс понимания мира будет затруднен.

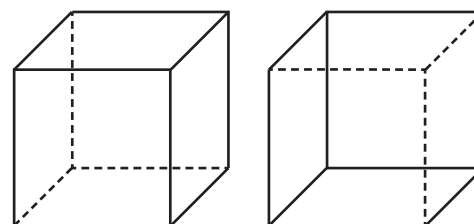
Представим себе, что видим в газете текст «Продаю дамские часики за 100 долларов». Мы понимаем, что это объявление о продаже. В то же время мы знаем, что проституция — это когда женщина занимается сексом за деньги. В нормальной ситуации два этих фрейма не имеют между собой общих терминалов, то есть они не пересекаются. Цензор спокоен. И вдруг наши уши слышат анекдот «Продаются дамские часики, один часик — 100 долларов». Мозг не понимает, куда его поместить, ведь слова «дамские» и «часики» попадают в оба фрейма, что заставляет человека связать фреймы между собой. Против этого восстает когнитивный цензор и посылает новый сигнал: «Полундра, перед нами несоответствие, фреймы совпали неправильно!»

Чтобы это чувство несоответствия компенсировать и выплеснуть напряжение, человек смеется. Поэтому при шизофрении и некоторых других нарушениях мыслительного процесса человек перестает смеяться над шутками: его когнитивный цензор перегружен и сбит с толку. Теория Фрейда объясняет популярность сексуальных шуток, а когнитивная теория — то, почему человека нельзя заставить смеяться над анекдотом, который ему знаком. Когнитивный цензор уже один раз услышал, распознал и запомнил ошибку и больше ее повторять не будет, его ведь на самом деле не так легко обмануть. ☺



Куб Неккера (оптическая иллюзия, опубликованная швейцарским кристаллографом Луи Неккером в 1832 году)

На какой грани куба находится точка? Такое же затруднение испытывает и наш когнитивный цензор в момент совпадения фреймов



Ориентацию куба Неккера в пространстве можно поменять путём мысленного переноса точки наблюдения, сверху или снизу куба

Гениальность в простоте

Две точки и улыбка в круге – символ, который понятен любому человеку в любом месте земного шара и, кажется, во все времена



Текст: Марина Дадыченко,
журналист

В 1900 году датский поэт Йоханнес Вильгельм Йенсен включил в письмо своему издателю Эрнсту Бойсену два изображения, похожие на современные «грустный» и «счастливый» смайлики, а еще раньше, в XVII веке, неизвестный словацкий юрист поставил смайлик в конце документа – так ему понравилось то, что он прочитал. Композитор Эрвин Шультхофф использовал похожие символы в пьесе *In Futurum* (1919), а целый ряд американских компаний то и дело прибегали к этому изображению в рекламе.

Конец 1950-х – начало 1960-х годов были временем настоящего бума смайликов. Американская радиостанция WMCA за участие в передаче «Кузен Брюси» раздавала толстовки с улыбающимся лицом (которые сейчас считаются раритетом); печатались листовки, пакеты, выпускались пуговицы и значки.

В этот же период, в 1963 году, появилась и классическая версия символа, Харви Болл нарисовал его

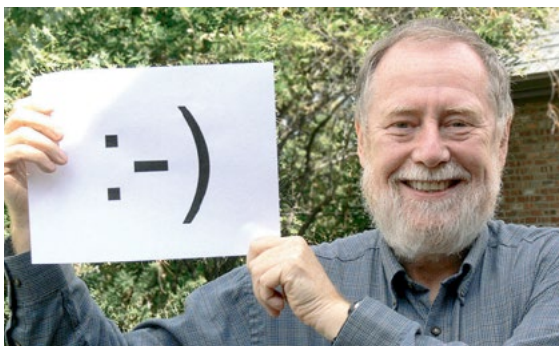
для страховой компании State Mutual Life Assurance. Компания тогда только закончила реорганизацию, и ее сотрудники находились в подавленном состоянии. Было решено провести «дружелюбную кампанию», в рамках которой и был нанят художник.

Несмотря на простоту (Болл потратил на его создание всего десять минут), смайлик тут же стал хитом. Впрочем, никто в тот момент и не подумал о том, чтобы заявить на него права, что позже привело к многочисленным судебным разбирательствам.

Заинтересованность в подобном знаке проявлял и писатель Владимир Набоков. В интервью газете *New York Times* в 1969 году он высказал идею, что для изображения эмоции можно использовать уже существующий типографский знак – скобку.



Художник Харви Болл и тот самый классический смайлик, нарисованный им в 1963 году для страховой компании State Mutual Life Assurance (сейчас она носит название Allmerica Financial Corporation)



Изначально Скотт Фалман, работавший на кафедре компьютерных наук Университета Карнеги — Меллона, предложил смайлик как условное обозначение шуточных сообщений в университетском чате

Самое раннее изображение смайлика было обнаружено на кувшине для шербета в провинции Газиянтен на юге Турции. Оно датируется 1700-ми годами до н.э.



19 сентября 1982 года в 11 часов 44 минуты Скотт Фалман из американского Университета Карнеги — Меллона в шутку отправил коллегам электронное письмо, ставшее знаковым в истории смайлика:

«Предлагаю использовать такую последовательность символов для обозначения шуточных сообщений:
:-)»

Читать следует сбоку. На самом деле, учитывая происходящее, проще обозначать сообщения, которые шутками НЕ являются. Тогда используйте :- («).

Теперь 19 сентября считается праздником — днем рождения смайлика.

Однако хорошие идеи витают в воздухе, и по-настоящему у смайлика в его современном виде есть несколько родителей. И если «отцом» смайликов, для изображения которых используются знаки препинания, считается упомянутый выше Скотт Фалман, то другой вариант смайликов — японские «эмодзи» — на первых порах развивался совершенно независимо от остального мира. Они представляли собой сочетание иероглифов и знаков препинания — так называемый ASCII-арт. Эмодзи имеют горизонтальное строение. Чтобы их понять, не надо поворачивать символ на 90 градусов. Пример такого символа — (^_^).

15

В 1997 году Николая Лауфрани, генеральный директор компании Smiley, обратил внимание на растущую популярность японских эмодзи, и это натолкнуло его на мысль создать анимированные смайлики. Созданный набор разделялся на категории: «Классические», «Эмоции», а также «Еда», «Животные», «Зодиак», «Младенцы», «Национальности», «Планеты», «Погода», «Праздники», «Профессии», «Развлечения», «Спорт», «Флаги». Лауфрани выложил его в интернет в 1998 году. Эти значки были первыми в истории эмодзи, применяемыми в технологиях. Благодаря им наше общение стало именно таким, какое оно есть сейчас, — разве что требования времени вносят свои коррективы. Так, в 2014 году компания Apple добавила в свою линейку эмодзи для разного цвета кожи, а в 2016-м заменила символ винтовки водяным пистолетом — из-за жалоб, что применение символа часто трактовалось как прямая угроза.

К смайликам можно относиться по-разному: кто-то считает их использование преимуществом, а кто-то — деградацией существующего языка. Но одно бесспорно: смайлики интернациональны, они придают любому общению неформальный оттенок, а это порой просто необходимо. ☺

ЛЕВ БРЫЛЁВ:

«Если врач не знает,
как лечить больного, это тоже
имеет отношение к этике»

Невролог, заведующий отделением Городской клинической больницы им. В. М. Буянова, медицинский директор Благотворительного фонда «Живи сейчас» об этических вопросах, которые приходится решать каждый день

16



Интервью:
Екатерина Бондаренко,
главный редактор

Насколько вопросы медицинской этики актуальны для сегодняшнего медицинского сообщества?

Если говорить о том, возникают ли этические вопросы в диалогах врачей, — да, постоянно. В практике мы каждый день решаем вопросы, как сообщить и сообщать ли вообще пациенту тяжелый диагноз, продолжать ли искусственную вентиляцию легких, если у человека нет никаких шансов на выживание, а в то же время есть другой пациент с высокими шансами, которому аппарата вентиляции не хватило. Этих вопросов очень много. Другое дело, что об этом не говорится вслух, публично, как о действительно актуальной проблеме, которую надо решать.

В чем вы видите эту проблему?

Прежде всего, проблема в том, что ее нужно научиться замечать. Когда-то нам сказали, что правильно, и мы относимся к этому как к догме. Например, мы реани-



мируем всех умирающих больных. Вопрос реанимации или отказа от реанимации в моей практике стоит очень серьезно, поскольку мы наблюдаем пациентов, которые постепенно угасают. В конце концов у многих из них встает вопрос: вызывать ли скорую или не вызывать, продолжать ли искусственно жить за счет аппарата вентиляции или не продолжать? Для большинства людей в данной ситуации существует только один ответ: человек умирает, его надо спасать, и не нужно спрашивать, чего он хочет. Здесь как раз наша задача — объяснить семье, что есть этические принципы, которые говорят о том, что хорошо бы прислушаться к самому человеку.

Как работает в данной ситуации закон?

Вкратце — закон говорит, что если родственники пожалуются на то, что вы не реанимируете человека, и подадут на вас в суд, то вы с большой долей вероятности сядете в тюрьму. Должно быть такое стечение обстоятельств, что пациент умрет и они подадут в суд. Законом это трактуется как неоказание помощи. Но если он умрет, а они не подадут в суд, то ничего не будет.

Эта серая зона в законе не позволяет человеку по собственной воле отказаться от того же аппарата искусственной вентиляции легких. Даже если он может сам подписать заявление, смысл которого: «Я больше не хочу, чтобы у меня эта трубка торчала. Отстаньте от меня все». С большой вероятностью отключение аппарата врачом в любом случае будет расцениваться как убийство. У нас был пациент, врач, которого подключили к ИВЛ. В конце концов он дал понять, что хочет уйти из жизни. Конечно, он знал, что отключить его не могут, и поэтому он отказался от еды и от антибиотиков. Умер в жутких мучениях с абсцедирующей пневмонией. Когда ты такое видишь и в этом принимаешь участие, ты начинаешь многое переоценивать. Вот твои действия — ты принял решение интубировать (подключать к ИВЛ. — *Примеч. ред.*), — и вот, чем это оборачивается через три года. И ты не готов с этим жить дальше.

Можно ли расценивать отключение от аппарата как эвтаназию?

Эвтаназия — это искусственное приближение смерти. Прекращение поддерживающего жизнь лечения ни в одной стране мира не считается эвтаназией и, по сути, ею не является. Если человек умирает от своего заболевания, а ты просто приостанавливаешь то лечение, которое его держало на этом свете, — это другое. Во всех странах мира существуют протоколы, согласно которым, если пациент отказывается от такого лече-

ния, его прекращают. Но — к этическому вопросу крепко привязан вопрос медицинский — согласно протоколу, это отключение должно происходить без мучений, без боли, потому что, если просто отключить, мучения будут жуткими.

У нас такого протокола нет?

Нет, в том числе потому, что не решены вопросы с обезболиванием. Вот приезжает пациент, у него одышка, частота дыхания — 40, то есть он просто задыхается. Это пациент, который давно наблюдается у нас; вот его карта, мы знаем, что он абсолютно точно не хочет ИВЛ, всегда от него отказывался. Когда он в таком состоянии, конечно, он говорит: «Сделайте все что угодно. Я не могу дышать. Спасите меня!» В этой ситуации мы, уважая его волю и его решение, даем ему морфин, который уменьшает одышку. Если бы мы следовали неким установившимся правилам и не учитывали его волю, мы должны были бы его заинтубировать, он еще месяц пролежал бы в реанимации и, скорее всего, там бы и умер. Мы даем морфин, он выписывается из реанимации и в относительно приличном состоянии проводит еще несколько месяцев дома, используя лекарство для контроля симптомов.

Почему я привожу этот пример? Потому что это единственный случай. Морфин при одышке у нас нигде не предоставляется, только при боли. Если мы говорим, что да, нужно уважать решение пациента об отказе от искусственной вентиляции легких, тогда встает вопрос: а как нам бороться с теми симптомами, которые возникают при нарастающей одышке? Ты не можешь просто оставить больного с этим решением. Одышка — такой же тяжелый симптом, как и боль. Одышкой страдают самые разные больные: и с БАС, и с хронической обструктивной болезнью легких, и пациенты с самой разной онкологией. Мы поняли, что ответом является использование морфина. Есть такая мантра «морфин может угнетать дыхание». И это действительно так — в больших дозах и при определенных условиях. Но в нужных дозах он не приближает смерть, а убирает симптом.

Как легитимировать использование морфина?

В большинстве случаев решение о том, что ты хочешь обеспечить человеку выбор, а не жить потом с мыслью, что этого не сделал, ты принимаешь для себя сам. Я готов пойти на определенные риски для себя. Безусловно, должна идти параллельная работа по созданию всяческих стандартов, но суть в том, что никто за нас эту систему не сделает. Такая работа идет — мы в службе БАС передаем свой опыт государственной системе паллиативной помощи, и нас слышат.

Если у тебя принцип «не делать ничего против воли больного» — ну окей. Но я спрашиваю: «Слушай, она умрёт завтра у тебя — и как ты с этим жить-то будешь?» Тут абсолютно осознанно ты себе говоришь: «Я нарушаю эти этические принципы. Даже если она подписала отказ, я буду её уговаривать, буду её запугивать, но для меня важен в этой ситуации конечный результат. Я хочу, чтобы она выжила»

Расскажите подробнее о службе помощи больным БАС.

Это благотворительный проект, который начался, когда я учился в Институте неврологии. Именно в работе с больными БАС этические вопросы встают острее, потому что мы имеем дело с неизлечимой болезнью. Но за время заболевания пациента получается многое обсудить с семьей и с командой. Например, сообщать ли пациенту диагноз. В руководстве по неврологии написано черным по белому: поскольку излечить пациента с БАС мы не можем, диагноз ему не сообщать. Но, когда ты все же начинаешь говорить о заболевании, ты понимаешь, что для человека это важно. «Мне столько лет втирали какую-то ерунду. Мне тяжело от того, что вы мне сказали, но спасибо, потому что теперь я знаю, с чем имею дело».

Где проходят границы того, что регламентируется этикой?

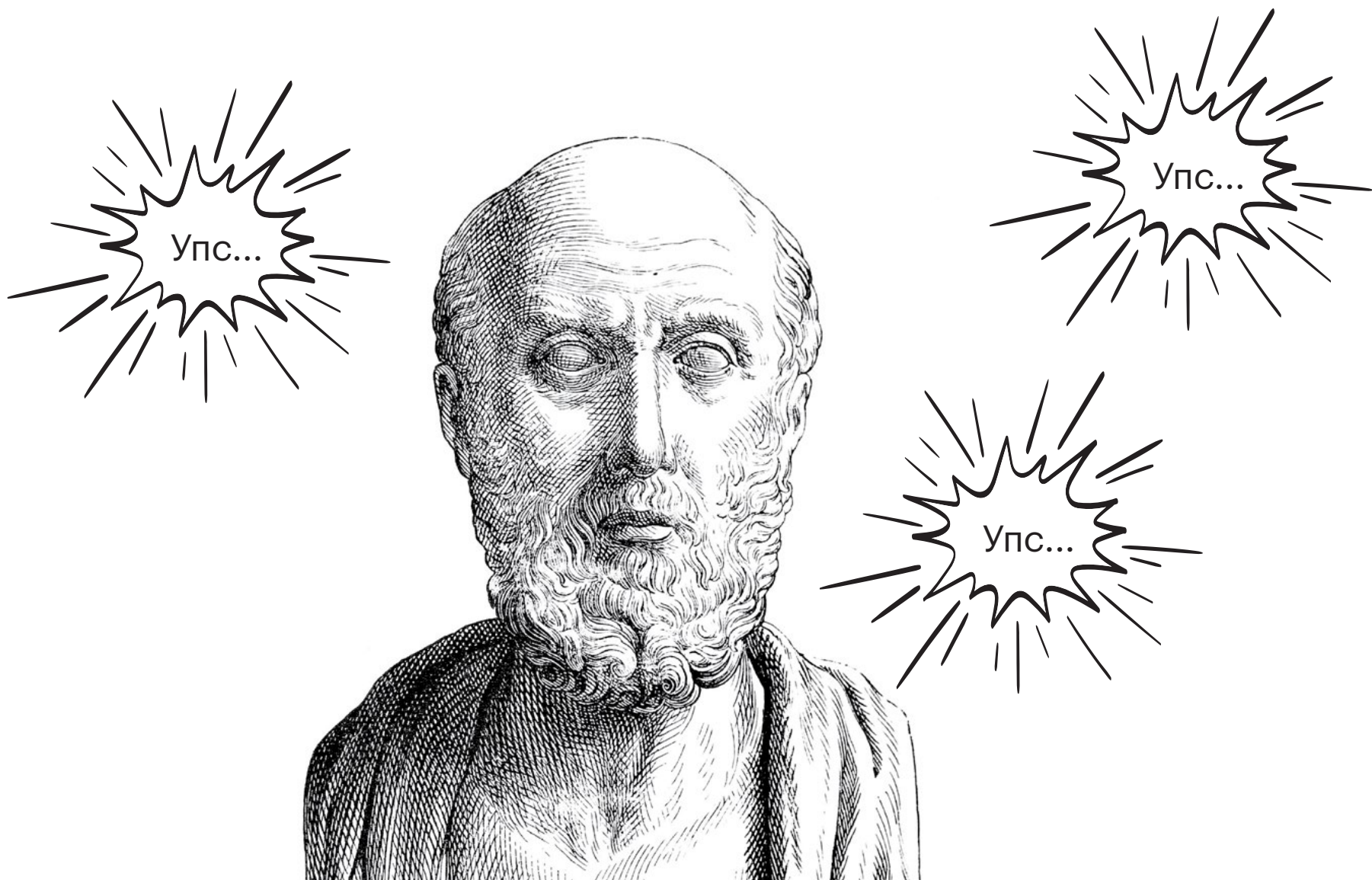
Этика регламентирует множество сторон. Если врач не знает, как лечить больного, это тоже имеет отношение к этике, потому что ты должен не навредить. Моя бабушка (она сама врач) рассказывала, что в советские

времена, когда она проходила лечение, ее все время спрашивали: «Можно вам зуб выдернет ординатор? Можно малую операцию у вас проведет интерн?» Она говорила: «Я всегда соглашалась. Им же надо на ком-то учиться». Но, как правило, пациенты об этом не узнают. Случались скандалы по поводу обследований, которые выполняются ординаторами под наркозом, например. Да, как врач я могу, в принципе, не спросить пациента. Но для начала надо хотя бы задаться этим вопросом: спрашивать или нет?

Вся сложность этических вопросов состоит в том, что нет единого рецепта и одни и те же поступки в применении к разным пациентам могут означать противоположное. У меня, например, был такой случай. Приходим с утра, дежурный врач говорит: «Я больную не спунктировал. У нее, похоже, менингит, но она отказалась от манипуляций». По сути, это соответствует этическим нормам. Если у тебя принцип «не делать ничего против воли больного» — ну окей. Но я спрашиваю: «Слушай, она умрет завтра у тебя — и как ты с этим жить-то будешь?» Тут абсолютно осознанно ты себе говоришь: «Я нарушаю эти этические принципы. Даже если она подписала отказ, я буду ее уговаривать, буду ее запугивать, но для меня важен в этой ситуации конечный результат. Я хочу, чтобы она выжила. Если она потом захочет совершить самоубийство — окей, но не здесь и не сейчас». И я иду к пациентке и сообщаю ей, что сейчас отправляю ее в реанимацию и пунктирую ее там. Она: «Ой, это так больно! Я не хочу! Я слышала, у людей отказывали ноги после этих уколов». — «Все будет нормально». И у нее действительно оказывается менингит.

Кто и каким образом, на ваш взгляд, должен контролировать соблюдение этических требований?

Должна существовать независимая медицинская общественная организация, которая имела бы реальное право отстранить врача от работы за неэтичное поведение. Нельзя рассчитывать на добросердечность и лучшие качества врача. Это никогда, нигде, ни в одной системе не работало. Нужно создать инструменты оценки patient experience. Необходимо разработать подробный этический кодекс и определенные регламенты, которые говорят о том, что если вы, например, задали вопрос, то врач вам должен ответить. Если он не ответил, он приходит на заседание этического комитета, где объясняет коллегам, к примеру: «Вы понимаете, я увидел в анализах нечто страшное, и я не мог прямо тогда сказать. У меня не было времени подумать, поэтому я отказался отвечать». То есть он аргументирует свой отказ. Эти четкие правила должны касаться работников всех сегментов медицинской сферы. ☺



Про-клятие Гиппократата

Метафизика слова «клятва»: чем клянутся выпускники медицинских вузов и какая кара ожидает их за нарушение врачебного долга



Текст: Анна Валл,
филолог, тренер по речевой
коммуникации

Вот сила ярлыка: прилепится — не снять. Все образованное современное сообщество понимает, что «клятва Гиппократ» — это фигура речи, обобщенный образ (и прообраз) посвящения студента в докторство, выпускной и впускной билет, красивая традиция человечества. Но обыватель (безоценочно) уверен в том, что и сегодня студенты-выпускники дают «клятву Гиппократ». И категоричен в своих ожиданиях и претензиях. И требует ее исполнения. И беспощаден в выводах. А все потому, что на него, носителя языка, действует слово «клятва».

Присмотримся к нему внимательно. Тяжелое слово. Вся родственная грибница — сплошь отрицательная коннотация: проклятие, клясть, заклятый, клятвоступник... Все плохо в этой корневой семье. «Где клятва, там и преступление», — сформулировала народная мудрость — и окаменела. И попробуй ей возразить.

Несмотря на то что глагол «клясться» имеет только одно и совершенно ясное значение, у него нет самостоятельной смысловой полноценности. Картина, возникающая при этом слове, обобщенно размытая: некто в состоянии торжественной экзальтации или даже полубезумия заломил руки, откинул голову, преклонил колени. Он КЛЯНЕТСЯ. И это действие отличается от синонимичных «обещать», «присягать», «заверять». Они все: кому? что? (в чем?). А клясться — это не просто «кому» и «в чем». Это — главное! — ЧЕМ. Кому, в чем, чем — вот три смысловых вектора, которые дают слову полный смысл. И только тогда оно уместно.

«Клянусь Аполлоном-врачом, Асклепием, Гигиеей и Панахеей и всеми богами и богинями», — говорит Гиппократ. Он берет их в свидетели и заложники своих обещаний.

Клятва — это осознанное потенциальное жертвоприношение. К давшему клятву внимание пристальное и бескомпромиссное. И сам он в страхе клятвоступления и ужаса предчувствия. Чуть отступил — свидетель станет жертвой. В этом смысл клятвы. Клянутся самым дорогим, в высшей степени ценным, незаменимым. От врача (о этот миф о клятве Гиппократ!) требуются жертвы: чтоб не ел, не спал, о деньгах не помышлял, семьи не видел, себя превосходил, любую болезнь борол. А как же! Дал клятву! Вот мы не давали — с нас и взятки гладки.

Каким мне видится выход из порочного круга притязаний и оправдываний? Только просвещение.

В июне, когда еще нежная черемуха, но уже на подходе властная сирень, в дни выпуска из стен высшей медицинской школы широко и радостно оповещать обыва-

теля: «Свершилось! Еще один молодой-молодой врач готов пользоваться пациентом! Он ОБЕЩАЕТ... честно исполнять свой врачебный долг, посвятить свои знания и умения предупреждению и лечению заболеваний, сохранению и укреплению здоровья человека...»

И не называть это клятвой. Это не она, ибо нет в этом документе, статье 71 федерального закона, главного компонента клятвы — чем? Чем он клянется? Своим временем, здоровьем, материальным благополучием, жизнью? Нет этого ничего в официальной формальной статье. Не те времена.

И наскоки на врача со стороны чувствительных носителей семантики сойдут на нет. Потому что это не клятва. Это профессиональный кодекс этики, нарушения которого наносят урон репутации, но не требуют жертв. ☺

До революции 1917 года выпускники медицинских факультетов давали «Факультетское обещание». В 1971 году Президиум Верховного Совета СССР утвердил текст присяги врача Советского Союза. В начале 1990-х присяга стала клятвой, пережила несколько редакций и вошла в Федеральный закон № 323 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (статья 71)

Кто такой нейропсихолог

Врач этого направления — один из самых востребованных специалистов в реабилитации. Об особенностях профессии и о том, как перестроить работу мозга, рассказывает Юлия Зуева



Текст: Юлия Зуева,
главный нейропсихолог
клиники «Три сестры»

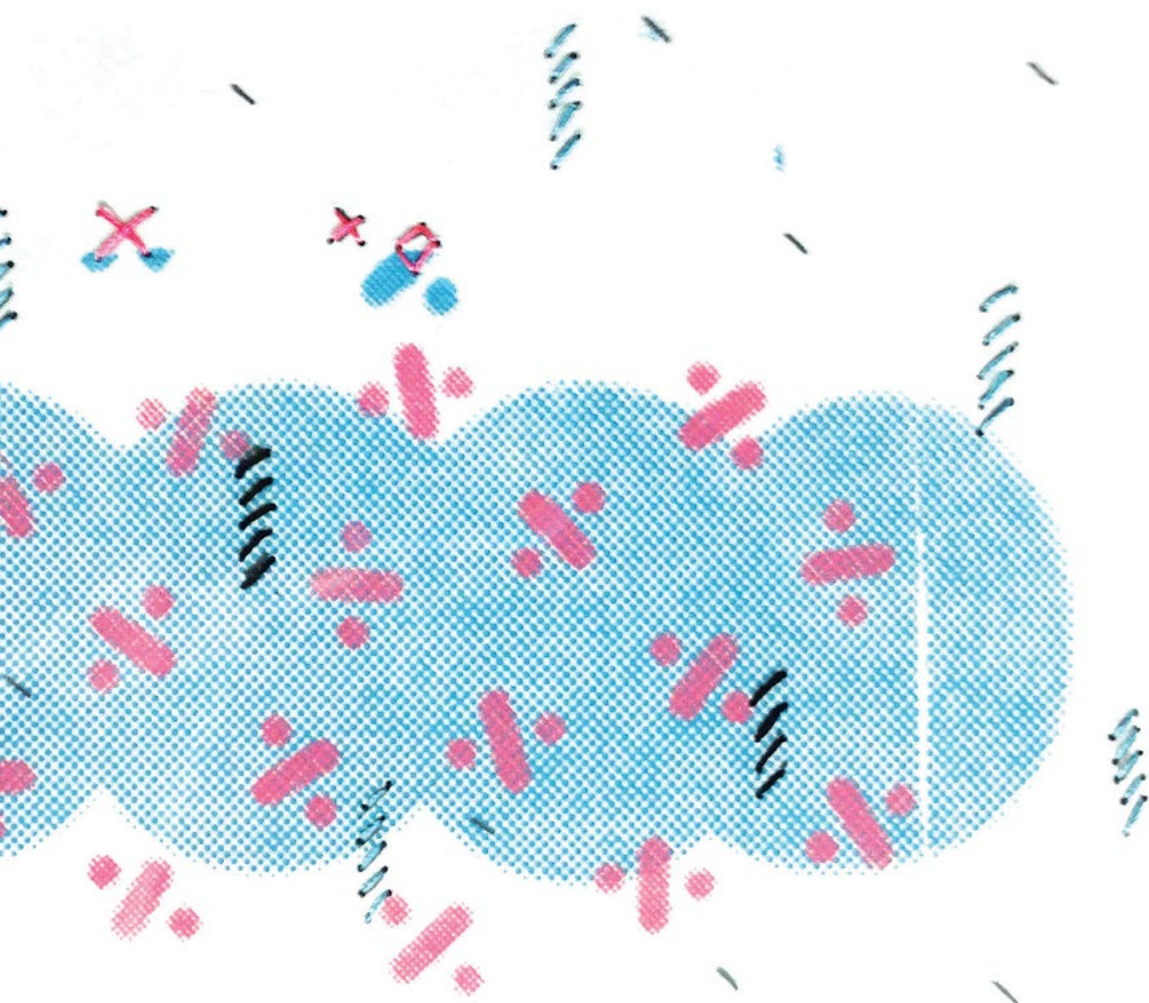
Чем занимается нейропсихолог?

Нейропсихолог — это клинический психолог. Приставка «нейро-» означает, что у пациентов, с которыми он работает, есть нарушения функций мозга. И в работе с пациентами после черепно-мозговой травмы, и с пациентами без травмы, жалующимися на плохое настроение, нейропсихолог будет искать нарушения мозговой деятельности. Сначала он выясняет состояние пациента: какой навык оказался утрачен, насколько адекватно человек воспринимает, что с ним произошло.

Один из основных методов нейропсихологии — синдромный анализ. Когда становится ясно, где именно проблема, можно приступать к реабилитации — выстраиванию системы внешних и внутренних опор, которые частично заменяют нарушенные функции мозга. Например, пациент после разрыва аневризмы с нарушениями кратковременной памяти не удержи-

вает информацию больше пяти-десяти минут. Нейропсихолог внедряет систему внешних напоминаний. На видном месте у пациента лежит дневник с информацией о себе: кто я такой, что со мной случилось, кто мои ближайшие родственники. Через приложения на телефон приходят напоминания от жены: пообедать, выпить лекарство.

Или другой случай. Пациентка после инсульта. Очень подавлена, речь перестала ей подчиняться, и, кроме речевого эмбола (повторение одного и того же слова), ей ничего не удастся произнести. Нейропсихологи разрабатывают для нее специальную книжку-альбом с картинками, чтобы пациентка могла показывать, чего она хочет. Уровень тревоги снижается, налаживается коммуникация. Память и речь в обоих случаях не восстановились, но функциональная независимость людей и качество их жизни повысились.



Как работает синдромный анализ

Нейропсихологическую диагностику можно сравнить с расследованием. Например, человек жалуется на то, что испытывает трудности со счетом. За нарушение счета может отвечать первый, второй и третий блоки мозга.

Начинается поиск. Предлагаем пациенту задачу: из 100 вычесть 7, а затем еще раз вычесть 7. Если человек сразу быстро устает, отключается уже на первой части арифметического действия, значит, причина в первом блоке — в подкорковых структурах.

Второй, операциональный, блок ответственен среди прочего за пространственные нарушения. Пациент получил 93, отняв 7 от 100. Далее нужно из 93 снова вычесть 7. Обычно считают так: 93 минус 3 равно 90, 90 минус 4 — 86, то есть мы разбиваем 7 на 3 и 4. Проблема возникает, когда пациент получил эти две цифры, 3 и 4, и запутался, какую нужно дальше отнять и от чего. Значит, нарушения во втором блоке.

Если же, получив 93, пациент дальше стал уверенно вычитать не 7, а 3, потому что переключил внимание на цифру 93, то есть потерял программу действий, значит, мы имеем дело со слабостью регуляции и причина в префронтальной коре — в третьем блоке.

23

Может ли врач перестроить работу мозга?

Если понятны механизмы нарушений, перестроить работу мозга можно. Например, пациентов с паркинсонизмом, которые из-за тремора не могут сделать несколько шагов по комнате, просят не идти, а перешагивать через разбросанные на полу листы бумаги. Это более сложное, произвольное движение.

Происходит удивительное: больные могут долго ходить по комнате. Это значит, что деятельность была перенесена с поврежденного при паркинсонизме подкоркового уровня на уровень более сохранной коры больших полушарий, и поэтому стала успешной. Поможет ли это больным в реальной жизни? Да, если теперь перед ними будут иначе ставить задачи. «Достаньте с верхней полки шапку» вместо «поднимите руку вверх», «поднимите с пола мусор» вместо «наклонитесь», «перешагните через препятствие» вместо «сделайте несколько шагов».

На что ориентируется нейропсихолог?

В командном подходе к реабилитации врач помогает ответить на вопрос, что восстанавливать, физио- и эрготерапевты — как восстанавливать, нейропсихолог — зачем восстанавливать. Психолог должен соотнести командную цель с интересами и пожеланиями самого пациента. Даже если цель пациента кажется мало реалистичной, именно она обладает необходимым мотивационным зарядом. При правильном подходе нейропсихолог каждый раз перед началом занятия говорит: «Да, мы помним, что вы хотите научиться водить машину. Чтобы этого достичь, вы должны сначала научиться пересаживаться, потом вставать». Бывает, что пациент формулирует социально желательный запрос своих близких. Например, они хотят, чтобы он научился пересаживаться на унитаз, а он на самом деле хочет кататься на горных лыжах. Ложный запрос, который вызывает у него внутренний протест, будет только мешать реабилитации. ☺

Один день из жизни нейропсихолога



Текст: Ксения Воронина,
нейропсихолог,
специалист по альтернативной
коммуникации клиники
«Три сестры»

24

08:45

Когда я училась в институте, я мечтала: «Вот вырасту, и будет у меня свой кабинет, в котором я буду помогать людям. Пусть он будет совсем маленький, но мой». И вот я в своем маленьком кабинете. Пока есть время, чтобы переодеться и настроиться на сегодняшний день. Сегодня по расписанию у меня семь пациентов.

09:00

В дверь стучит Павел Егорович. У нас он уже месяц. Павел Егорович рано встает, любит сладкий чай с лимоном и классическую музыку. Ко мне он всегда приходит с большой чашкой горячего чая. Для создания располагающей, рабочей атмосферы включаю Баха или Шопена. Сегодня мы учимся тренировать внимание, чтобы он снова смог сесть за руль.

10:00

Василий Петрович. Василий Петрович – солидный человек. Он всегда хорошо одет, приятно пахнет, и только нарушение речи подводит. Год назад случился инсульт, и теперь у него сенсомоторная афазия – он плохо понимает речь и совсем не говорит. Я учу Василия Петровича отвечать на вопросы «да» и «нет», чтобы он был активным участником диалога. У Василия Петровича есть внук, который сейчас учится говорить, поэтому дедушка мотивирован на выздоровление: пора разучивать детские песни и стихи.

11:00

Иду в номер к Валентине Ивановне. Она к нам приехала вчера, поэтому для меня это волнительная первая встреча. Я всегда беспокоюсь о том, как пройдет мое знакомство

с пациентом, удастся ли мне наладить контакт, объяснить свою роль в реабилитации. При первой встрече пациенты часто негативно настроены на общение с психологом. Это связано с тем, что нарушения работы мозга заметны не так явно, как работа рук и ног. Первые минуты знакомства самые важные, от них зависит дальнейшая работа.

12:00

Полина. Ей шесть лет, у нее ДЦП и самые красивые в центре платья. Она мечтает пойти в школу в сентябре. Полина плохо держит равновесие сидя, поэтому для нее у меня есть маленький стульчик с подлокотниками и стол. У Полины плохо работают руки, плохое зрение, и она часто отвлекается. Чтобы она не отставала от сверстников в школе, я учу ее печатать на компьютере. Сегодня Полина напечатала слово «коротышка» и почти обыграла меня в ее любимую

Любимый чай «Три сестры»

- 4 дольки лимона
- 4 дольки апельсина
- 4 дольки яблока
- 1 веточка мяты
- 6 кусочков имбиря
- 2 ч. ложки меда



игру «Доббль». Ей тяжело даются наши занятия, но она очень старается. За каждое правильно выполненное задание я даю ей жетончики, которые в конце недели она обменивает у мамы на исполнение своих желаний. На прошлой неделе она обменяла свои жетоны на поход в кино.

13:00

Время семейных встреч с родственниками пациентов. Сегодня я встречаюсь с сыном Льва Николаевича Романом. Расскажу ему, как помочь отцу вести дневник дома. А еще узнаю про домашние дела Льва Николаевича, чтобы включить их в дневник перед выпиской. После этого есть время немного отдохнуть и подготовиться к следующим занятиям.

14:00

Иду на обед. В меню – куриный суп, греческий салат и говядина с макаронами. Больше всего я жду десерт и мой любимый чай «Три сестры».

15:00

Алексей. Ему 30 лет, и два года назад он попал в серьезное ДТП. Алексей был поваром. Сейчас он заново учится ходить и обслуживать себя, но мечтает снова вернуться на работу. Сегодня мы учимся делать покупки в виртуальном магазине. В нашем списке – сыр, помидоры, колбаса, батон. «О, из этого же получится прекрасная „Пицца по-московски“!» – смеется Алексей. Для покупок мы используем наши компьютеры со специальной обучающей программой. Программа задает список продуктов, их нужно

запомнить. А потом появляется экран с отделами, как в магазине. Кладем товары в корзину, сверяем с исходным списком, чтобы ничего не пропустить или не купить лишнего.

16:00

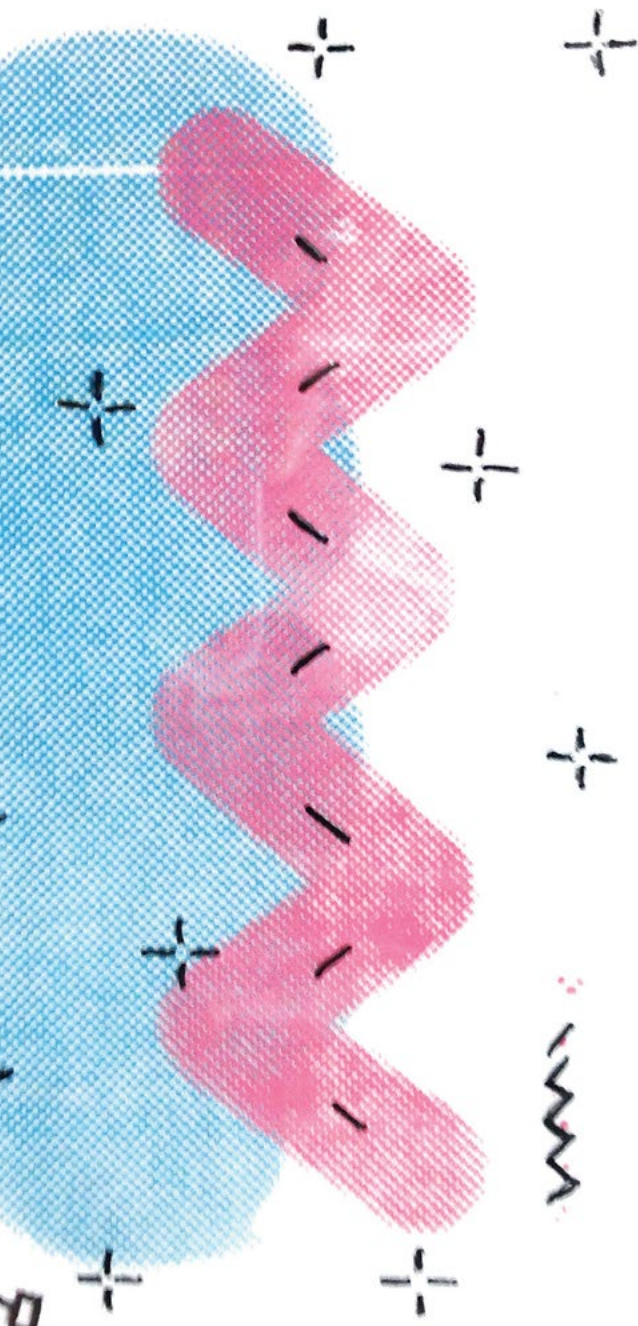
Лев Николаевич. Ему 60 лет, и после инсульта он все забывает. Сегодня мы знакомимся в девятый раз, я рассказываю про наши занятия, про наш центр. Про жизнь Льва Николаевича в «Трех сестрах» я знаю лучше него самого. Я учу его вести дневник. Этот дневник полностью заменяет ему память. В него Лев Николаевич записывает важные события дня, учится составлять план и следовать ему. Сегодня записываем про приезд сына Романа, с которым я уже успела встретиться, про первые шаги на физиотерапии. Записал. Прочитал. Забыл. Снова прочитал.

17:00

Нина Михайловна. После инсульта в правом полушарии у нее частая смена настроения и неглект – она игнорирует левую половину тела и поля зрения. Нину Михайловну ко мне привозят на коляске. Сегодня у нее плохое настроение, она расстроена и плаксива. Нина Михайловна учится справляться со своими эмоциями, а я учу ее верить в свои силы и замечать свою левую руку. Уезжает от меня Нина Михайловна с улыбкой на лице, но снова забыв про свою левую руку. В следующий раз продолжим.

17:45

Навожу порядок после занятий, переодеваюсь и закрываю свой кабинет. Сегодня вечером меня ждет спортзал. ☺



Один из главных вопросов в реабилитации: как оценивать её эффективность? Для этого существуют различные шкалы, которые фиксируют состояние пациента до и после реабилитации. В российской практике обычно используют два метода: индекс Ривермид* и шкалу Рэнкина**.

При общей схожести оба метода имеют один существенный недостаток – отсутствие наглядности. Иначе устроена шкала функциональной независимости FIM, в которой, кроме баллов, присутствует визуальная составляющая – ореолы, меняющиеся по мере реабилитации. О том, как она работает на практике, рассказывают неврологи центра «Три сестры» Любовь Николаева и Василий Ткаченко

ДЕКЛАРАЦИЯ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ НЕЗАВИСИМОСТИ

26



Текст: Любовь Николаева,
невролог
реабилитационного центра
«Три сестры»



Текст: Василий Ткаченко,
невролог
реабилитационного центра
«Три сестры»

* Индекс Ривермид измеряет способность пациента перемещаться самостоятельно. Пациент отвечает на 15 вопросов, среди которых, например, такие: «Можете ли вы повернуться на бок без помощника?», «Стоите ли вы без поддержки?». После подсчета баллов определяется функциональный урон, связанный с подвижностью

** Шкала Рэнкина также относится к выявлению физических ограничений пациента и определяет степень потери дееспособности. Всего степеней пять. Основной вопрос для определения первой, самой легкой, категории: «Существует ли что-то, что вы обычно выполняли ранее, а сейчас не можете?» Пятая степень присваивается, если пациент прикован к постели, не контролирует мочеиспускательный процесс и требует постоянного внимания сиделки

ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ СИММОСТИ

Swallowing

Grooming

Bathing

Dressing Upper Body

Dressing Lower Body

Toileting

Bowels

Bed Transfers

Locomotion

Stairs

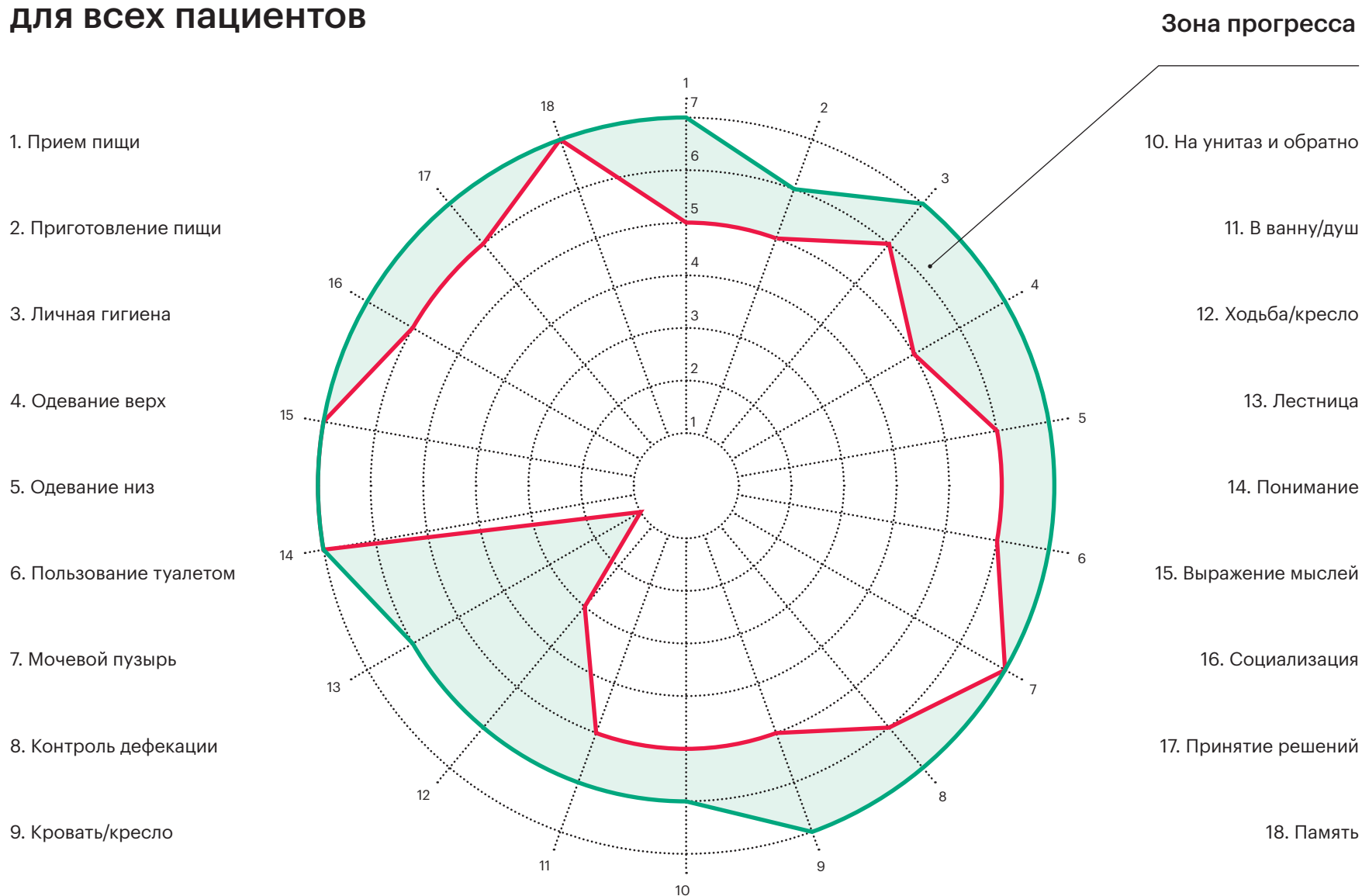
Оценка состояния пациента производится дважды: как только человек к нам поступает и при выписке, по шкале из 18-ти либо из 33-х пунктов и от 1 до 7 баллов (1 балл – полная зависимость, 7 баллов – полная независимость). Каждый пункт мы отмечаем точкой и закрашиваем. Центральный кружок и каждый сектор диаграммы равны одному баллу. Максимальное количество баллов – 231. Это будет означать, что человек полностью функционально независим.

Мы оцениваем состояние пациента по блокам:

- 1) эрготерапевтический блок – может ли он сам одеться, расчесаться, почистить зубы;
- 2) блок тазовых функций – контролирует ли мочеиспускание и дефекацию;
- 3) двигательный блок – как он встает, ходит и пересаживается;
- 4) когнитивный блок – чтение, понимание, выражение мыслей;
- 5) высшая корковая функция – память, анализ, логика, социальная адаптивность.

FIM (Functional Independence Measure) — базовая шкала функциональной независимости для всех пациентов

КАК ЭТО РАБОТАЕТ



28

98

Баллы при поступлении



116

Баллы при выписке

Ольга, 58 лет,
свежий стволовой инсульт

FIM (Functional Independence Measure) — шкала с 18-ю критериями оценки. Для пациентов с черепно-мозговой травмой количество критериев было увеличено до 33-х

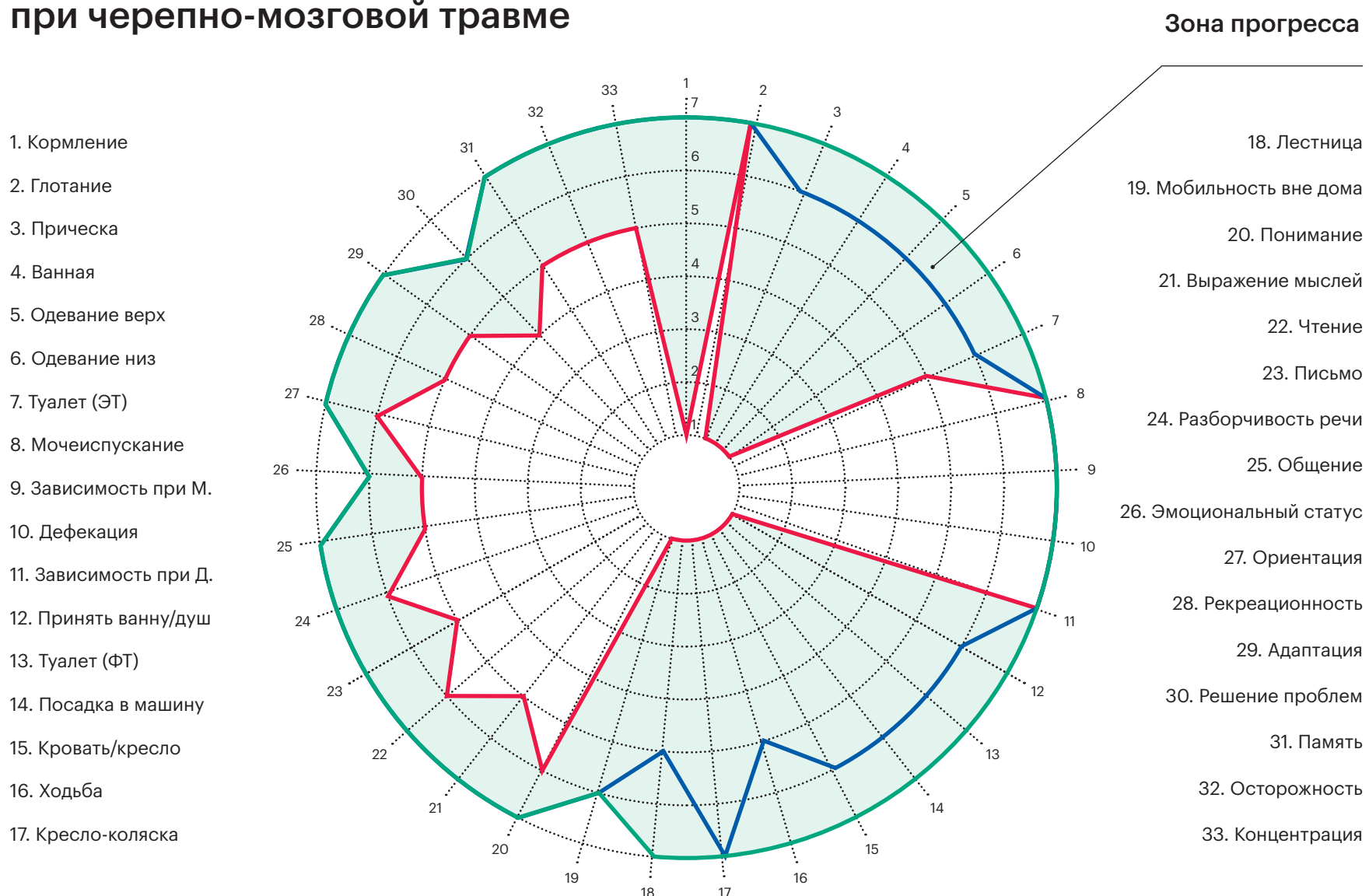
● Ольга до инсульта была активной работающей женщиной, ходила на лыжах, гуляла с внуком. Начались двигательные провалы: не могла ходить, падала. Нужно было поддерживать и страховать в туалете. Не могла готовить. Ела сама, но пользоваться вилок и ножом одновременно не получалось. Одеваться выходило только с подсказкой. При этом когнитивные функции остались полностью сохранными.

● По окончании трехнедельной реабилитации мы собрались снова и нарисовали уже зеленый кружок. Из клиники Ольга ушла своими ногами. Теперь она может делать все сама — пока медленно. Мы рекомендовали ей прогулки в сопровождении, так как сохранялся риск падения, но недавно она позвонила и сказала: «Знаете, а я уже все нарушаю — самостоятельно гуляю по полтора часа со скандинавскими палками».

ТРИ СЕСТРЫ • 2019/2

Инфографика: kimono

FAM (Functional Assessment Measure) — базовая шкала функциональной независимости при черепно-мозговой травме



122

Баллы при поступлении



229

Баллы при выписке

Антон, 28 лет,
черепно-мозговая травма

● Антон до аварии был активным молодым человеком: играл в волейбол, часто ходил в горы, играл на гитаре. Были провалы в когнитивной сфере и в высшей корковой функции: терялся в помещении, не мог принять решение, какое из двух блюд выбрать на обед. Физически Антон тоже оказался абсолютно зависим: не мог сам есть и ходить в туалет. Самостоятельно получалось только глотать.

● Через месяц наступило значительное улучшение: Антон научился ходить с опорой. Стал подниматься по лестнице, сам приходил на процедуры, находил нужный кабинет. Начал самостоятельно есть и ходить в туалет. Улучшилась память. Вернулся интерес к музыке: Антон вспомнил, что любит Led Zeppelin и The Doors. Начал увлеченно подбирать аккорды и вспоминать технику игры.

● В случае Антона мы могли оценить его состояние трижды, потому что он пробыл у нас 2 месяца. В итоге мы получили почти полный круг. Антон научился бегать и прыгать, потому что ему нужно было вернуться в волейбольную команду. У нас была такая цель — чтобы перед выпиской Антон сыграл на гитаре три мелодии по памяти. Он долго готовился, и в итоге — получилось! 😊



Сиделка, пансионат или центр реабилитации?

Если пожилой родственник пережил инсульт и теперь за ним требуется уход, перед близкими встаёт непростой выбор: к кому обратиться за помощью?



Текст: Лилия Аббясова,
менеджер

Сиделка на дом
40–90 тыс. рублей
в месяц

Дом престарелых
45–240 тыс. рублей
в месяц

Центр реабилитации
250–390 тыс. рублей
за трехнедельный курс

Плюсы

- Сиделка живет вместе с вами (ее действия контролируемы).
- Сохраняется привычная для пациента обстановка.
- Зарплата сиделки ниже, чем цены в специализированных центрах реабилитации.
- Общение и социализация, человека окружают ровесники.
- Базовая медицинская помощь, контроль приема препаратов.
- Надежность, системность и инфраструктура (меньше зависимость от личных обстоятельств работника).
- Вопрос об уходе 24/7 решается сразу и на неограниченный срок.
- Индивидуальный план лечения (в зависимости от того, где и как пациент будет жить дальше).
- Пациентом занимается команда специалистов, включая редких.
- Лечение курсами по три недели.
- Реальный прогресс: человек поступает в одном состоянии, а выписывается в другом.
- Перед глазами вдохновляющие примеры восстановления.

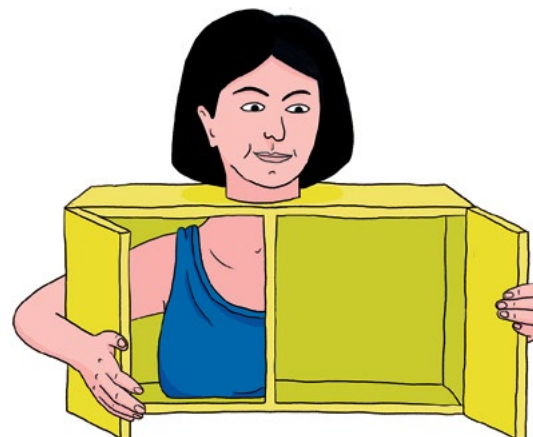
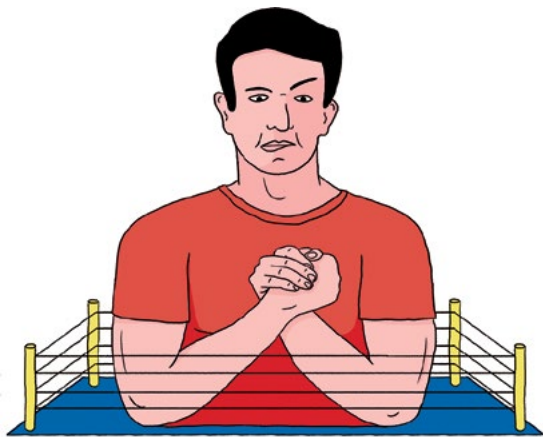
Минусы

- Сиделка живет с вами (чужой человек теперь всегда рядом).
- Сиделке проще сделать все вместо пациента (покормить, посадить, повернуть), но жизненно важно вернуть человеку хотя бы часть утраченных функций.
- Сиделка часто не имеет медицинской и психологической подготовки и не в состоянии оказать экстренную помощь.
- Переезд — это стресс.
- Демотивирующее соседство (принимают в том числе хосписных пациентов).
- Пациента поддерживают в стабильном состоянии, но нет развития (потому что нет задачи вернуть его к обычной жизни).
- Печальный факт: в дом престарелых приезжают на дожитие, выписка не предполагается.
- Самый дорогой вариант (иногда дороже, чем операция).
- Сложно выбрать профессиональный, надежный центр.
- В профессиональный, надежный центр сложно попасть (желающих больше, чем мест).
- Семья должна быть сильно вовлечена в реабилитацию, а это, безусловно, требует времени и сил.

Кому подходит

- Человеку с инсультом трехлетней давности и больше (с низкими шансами восстановиться).
- Человеку, который не прикован к постели и нуждается лишь в небольшой помощи в быту (приготовить еду, проводить в душ и туалет, чтобы не поскользнулся).
- Человеку, который живет один.
- Человеку с инсультом трехлетней давности и больше (с низкими шансами восстановиться).
- Одинокому человеку, которому нужна компания.
- Человеку с деменцией, болезнью Альцгеймера или болезнью Паркинсона.
- Человеку, который живет один, и за ним некому ухаживать в ежедневном режиме.
- Человеку, пережившему инсульт менее трех лет назад (с высокими шансами восстановиться).
- Человеку с инсультом любой давности, если семья хочет научиться правильно ухаживать за больным, решать его бытовые проблемы и заниматься его восстановлением дома (либо обучить сиделку).

Если шансов на восстановление мало, имеет смысл выбирать из двух первых вариантов. При свежем инсульте шансы вернуться к нормальной жизни высоки в реабилитационном центре



ФОКУСЫ МОЗГА

32

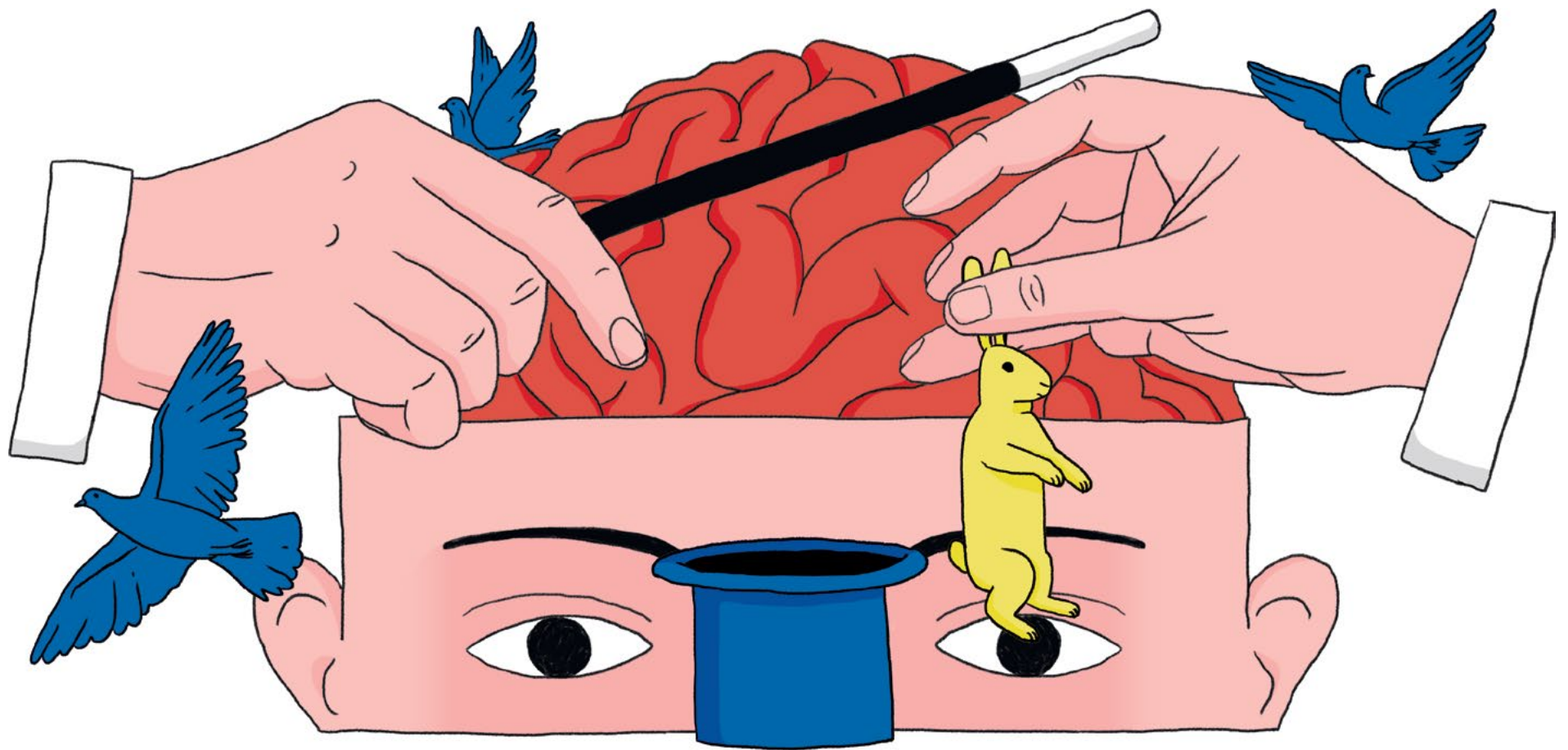
Ключевые понятия и выражения, без которых не обойтись в разговоре о нейропсихологии

Расщеплённый мозг

Мозг человека состоит из двух полушарий — левого и правого. Анатомически между полушариями существует множество связей, нервных волокон. Самый крупный пучок таких нервных волокон называется «мозолистое тело». Именно благодаря ему человек, ощупывая с закрытыми глазами какой-нибудь предмет рукой, может потом правильно назвать его: мозолистое тело передает информацию от одного полушария к другому. При повреждении мозолистого тела мозг пациентов как бы расщепляется надвое и полушария мозга начинают работать в автономном режиме. Основной проблемой становится невозможность согласовать движения рук. Правая рука может натягивать брюки, а левая — снимать. Правая — собирать пазлы, левая — разбрасывать. Руки могут даже бороться друг с другом. Рассогласованность уходит благодаря двуручным упражнениям: одновременному рисованию и письму обеими руками.

Неглект

Или синдром одностороннего пространственного игнорирования. Человек в буквальном смысле игнорирует зрительное поле, противоположное очагу поражения в головном мозге. Со стороны создается впечатление, будто бы для этого больного попросту не существует одной части пространства (как правило, левой). При этом у больного все в порядке со зрением. Проблема заключается в нарушении внимания. Читая книгу, пациент бывает удивлен бессвязностью текста, ведь читать он начинает только с середины страницы. Рисует только половину человека, животного или объекта, и критика к получившейся картинке отсутствует. Бреет одну половину лица, еду съедает с одной стороны тарелки. Если другой человек сидит с «отсутствующей» стороны, для пациента он тоже перестает существовать. Как правило, неглект возникает при правополушарных инсультах и требует значительных усилий для коррекции.



Матерщина*

Когда у пациентов после тяжелых повреждений головного мозга начинает появляться речь, первые их слова могут оказаться матерными. Интеллигентные люди, до травмы никогда не употреблявшие obscenную лексику, вдруг начинают говорить матом для обозначения даже элементарных действий. И это отличный признак, несмотря на то что родственники шокированы. Откуда это взялось? Матерная речь находится в глубоких слоях памяти, имеет древнюю структуру. Первое упоминание о ней встречается в новгородских и старорусских берестяных грамотах XII–XIII веков. За столетия существования obscенная лексика не изменилась ни морфологически, ни орфоэпически. Теряя при повреждении корковых зон мозга оперативную память с «нормальными» словами, пациент в этой ситуации вынужден обращаться к вечному.

* Как признак выздоровления

Ложное слабоумие

Или псевдодеменция. Если человек попадает в экстремальную ситуацию, в ответ на стресс у него может временно появиться острое психическое нарушение. Так срабатывает защитный механизм организма, когда больной не справляется с новой, психологически непереносимой, реальностью. Он перестает понимать, кто он, где находится. Состояние псевдодеменции нередко встречается в судебнопсихиатрической практике (у невинно осужденных), а также при реактивных психозах военного времени и стихийных бедствиях. В клинике «Три сестры» проходила курс реабилитации женщина с этим диагнозом. Псевдодеменция развилась у нее после известия о скоростижной смерти мужа, с которым она прожила в браке почти 30 лет. Известно, что и через год ее состояние принципиально не улучшилось. Однако ложное слабоумие по природе является обратимым и может сойти на нет, если травмирующий фактор исчезнет. ☺

Сейчас или никогда

Как помочь пациенту не откладывать жизнь на потом



Текст: Евгения Щетина,
медицинский психолог центра «Три сестры»

34

С Сашей мы познакомились в сентябре 2017 года, когда он приехал к нам в реабилитационный центр из Екатеринбурга. За два года до этого Саша отравился угарным газом. Это едва не стоило ему жизни, он пробыл в коме больше месяца. Вместе с Сашей тяжело пострадала мама и погиб отец.

Девятнадцатилетний молодой человек при первом визите произвел впечатление робкого, довольно инфантильного подростка, в силу своего состояния полностью зависимо от окружения — мамы и бабушки. Перед глазами стоит видео, записанное за пару недель до трагедии: Саша играет на гитаре перед всем классом, смеется, под музыку читает стихи. Гитара — любимое хобби, настоящая страсть. Теперь это в прошлом: у Саши грубый парез руки. Но главная проблема в другом: Саша почти ослеп. Он пришел ко мне с помощью бабушки и на мой вопрос «чем я могу вам помочь?» скромно ответил, что больше всего его беспокоит, восстановится ли зрение. Стало ясно, что на самом деле ему надо помочь построить новую жизнь.

Саша с нетерпением ждал наших встреч, настаивал на регулярных занятиях (при этом что практика медицинского психолога не предполагает формата еже-

дневных занятий). Нам предстояло сузить не имеющие границ цели. Вот как выглядел наш план:

- проработка травмирующей ситуации и посттравматического стресса;
- работа с самооценкой, тревогой и мнительностью (сформировалось убеждение, что он не может жить счастливо, как живут все его ровесники);
- формирование целей — краткосрочных и долгосрочных.

В работе с Сашей я не придерживалась какого-то одного подхода, направления в психотерапии, приходилось комбинировать разные техники и приемы. Да, конечно, было важно, чтобы он осознавал свои глубинные внутренние мотивы и сформировал стратегии преодоления стресса. Но мы были ограничены во времени, и нужно было дать Саше инструмент, своего рода психологический костыль, который позволил бы ему выбраться из болезни.

Чтобы снизить избыточную ситуативную тревогу, мы применяли дыхательные упражнения, для стабилизации психоэмоционального состояния — суггестию



Александр Слепухин проходил реабилитацию в «Трех сестрах» после отравления угарным газом

(трансвые техники с заданным мотивом визуализации). Для повышения личной эффективности и обучения пошаговому достижению целей я познакомила Сашу с техниками нейролингвистического программирования. И все же основным фоном нашей работы выступала экзистенциальная психотерапия, логотерапия, которая позволяет пациенту посмотреть на свою историю, сценарий своей жизни в большем масштабе, порассуждать на такие глубокие темы, как смысл жизни, одиночество, смерть, свобода.

Первое время Саша на все мои попытки повысить его мотивацию и подтолкнуть к тому, что жизнь не стоит откладывать на потом, отвечал, что пока не готов, надо поправить здоровье, еще чуть-чуть подкорректировать зрение, пережить еще несколько операций на руке, лучше ходить и так далее. История тянулась уже не один год, и вероятность того, что этот «день сурка» так и не закончится, была весьма велика. Тогда я попробовала технику, которую применяют в клинике зависимостей, она называется «Только сегодня». Человек избавляется от иллюзии, что впереди у него еще много лет жизни, что он все успеет. Что хочется делать, если времени осталось немного, буквально один день? Саша понял, что хочет поступить в университет.

В прошлом году мы стали готовиться к поступлению. Саша имел преимущества перед другими абитуриентами из-за своей инвалидности, однако он был не один такой, а мы могли рассчитывать только на бюджетное место. Последовала долгая подготовка к вступительным экзаменам. Читать книги зрение не позволяло, ему приходилось по много часов слушать аудиозаписи, чтобы всё запомнить. И вот в середине лета мне пришло сообщение: «Женя, я поступил!!!».

Саша поступил на социальный факультет. В будущем он станет социальным работником и будет помогать людям, которые, как и он, столкнулись с серьезными проблемами. Многие пациенты говорят, что именно их заболевание послужило толчком к новой жизни и новой мечте – выздороветь и работать в реабилитации, спасать других.

Наше общение с Сашей не прекращается, даже когда он уезжает. Мы общаемся в социальных сетях, я с интересом слежу за его новостями. Я убеждена, что для пациента важно быть не просто «работой». Весной Саша приезжает к нам на очередной курс реабилитации. Наша ближайшая рабочая цель уже ясна – наладить личную жизнь. ☺

Двигаться дальше

Как изобретения для пациентов после инсульта помогут пробежать марафон в ЮАР

36



Текст: Рената Петросян,
эндокринолог,
главный врач клиники
«Чайка-спорт»



У нашей клиники есть такая специфика: мы занимаемся спортивной реабилитацией, работаем с профессиональными спортсменами и любителями после травм и операций.

Пока физическая культура не была наукой, получалось, что тот, кто от природы хорошо координирует свои движения, будет выигрывать, а тот, кто не очень хорошо, — тому придется либо прилагать какие-то нечеловеческие усилия, либо, скорее всего, он не будет выигрывать. А сейчас все это настолько поддается измерению, что человека можно обучить. У нас есть такой прибор — Walker View, который проводит «анализ походки и бега». Конечно, он был придуман для пациентов после инсульта, которые плохо ходят, чтобы визуализировать им успех. Потом это перенесли в спорт. Оказывается, что если правильно бежать, то можно бежать быстрее и дольше. Выглядит очень забавно. Сначала мы делаем съемку на дорожке, потом анализируем это в специальной программе и видим, что у человека, например, асимметрия на левую сторону — он выворачивает ногу, углы нарушены. Мы ставим его на другую дорожку, на которой есть специальные датчики с его данными. И вот он идет и видит красные линии, по которым он себя может выравнять. Так он приобретает навык правильной ходьбы.

Бывает, что эффективным лечением после травмы является покой: не играйте неделю в футбол — и нога восстановится. Если человек не занимается спортом,

а просто где-то упал и мы ему советуем по-лежать недельку, скорее всего, он не будет возражать. Но не спортсмен! Спортсмен скажет: «Слушайте, у меня послезавтра начинается марафон, я к нему готовился полгода!» У меня был пациент, который пробежал ультрамарафон в ЮАР. Первый год его бегут в одну сторону, второй год — обратно, а человек, который пробежал и туда и обратно, получает третью медаль — «туда — сюда». Бегут зимой — но там и зимой +27 градусов! То есть спортсмен к этому серьезно готовится, изнуряет себя, ограничивает в еде, тренируется. И мы вдруг ему говорим: «Вы знаете, вы не побежите». Нет. Мы будем пробовать все: обезболивающие, фиксаторы, тугор (фиксатор сустава. — *Примеч. ред.*), чтобы он смог побежать. Конечно, если он точно побежать не сможет, мы ему об этом скажем. А также о том, как на его здоровье может сказаться этот забег с травмой.

Одна из самых распространенных проблем, с которыми мы сталкиваемся, — это когда спортсмен рвет крестообразную связку в колене. В основном это касается футболистов. Все, как бегать? Сустав нестабилен, в любую минуту он может вывихнуться назад. И это страшно. Раньше всегда оперировали. Но бывает ведь надрыв частичный, когда можно сделать мышечный каркас ноги и оперировать будет не нужно. Это выход из ситуации для любителей, у которых не такие бешеные нагрузки. Иногда они сразу ложатся под нож, а потом сокрушаются: «Господи, да если бы я знал, я бы туда ни ногой!» Потому что после операции они очень долго не могут восстановиться до того уровня, который был до травмы. Почему? При пластике крестообразной связки берется кусок собственного сухожилия, пересаживается внутрь и фиксируется металлическими скрепами или винтами. Естественно, возникает колоссальный отек. Фактически у всех пациентов стоит дренаж. Но если они начинают двигаться, отек спадает быстрее. И самое главное, что вот эту вот связку, которая подшита, нужно как можно быстрее начать снабжать кровью, активно использовать. За рубежом работать после операции начинают в тот же день. Чем раньше, тем лучше. Аппарат Илизарова, когда спицы вставляют в сломанную кость, на чем был основан? На том, что человек не ограничен гипсом. Он начинал двигаться сразу, и это приводило к быстрому

восстановлению. В России на пациента после пластики связки по-прежнему могут надеть гипс или жесткий ортез. И даже если он к нам в клинику придет сразу после выписки, это будет на пятый день — уже очень много времени упущено. За рубежом в больших больницах рядом с отделением травматологии находится отделение реабилитации. У нас формально тоже такое есть, но в лучшем случае пациенту вложат какой-то магнит, который совершенно не работает, а в худшем — о нем просто забудут.

Вообще, для чего нужен инструктор? В первый раз он показывает, во второй раз мы делаем вместе, в третий раз пациент делает сам, а инструктор смотрит, правильно ли он делает. Если пациент ушел домой, занимается самостоятельно и в какой-то момент начинает что-то делать неправильно, мы об этом узнаем только через неделю. В этом беда. Мы справляемся с этой ситуацией так. Если наш пациент решил оперироваться, спортивный врач разговаривает с травматологом, просит не накладывать гипс после операции и ждет человека сразу после выписки, чтобы немедленно начать реабилитацию.

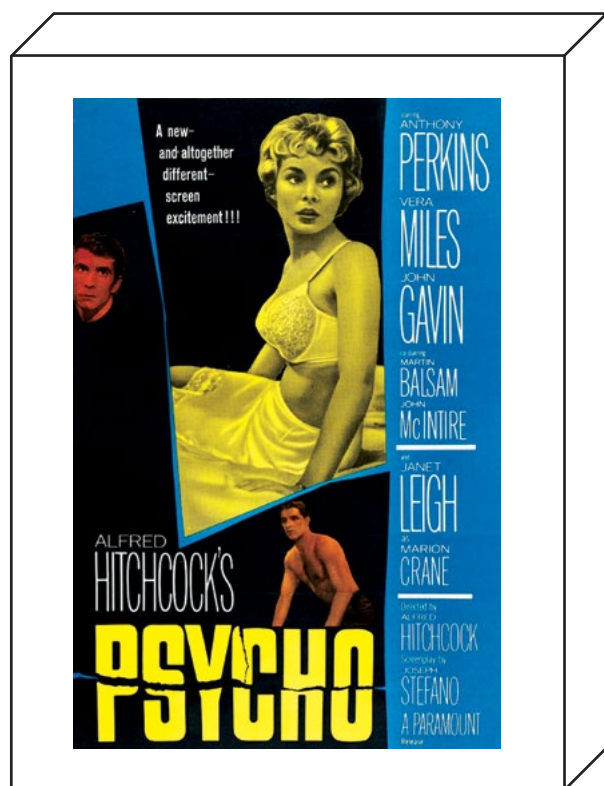
В этом смысле показателен пример Италии. Физиотерапией там занимается несколько крупных компаний, они, как аптеки, везде. Топ физио — Isokinetic. Пациента прооперировали, он вернулся домой — а через дорогу от дома принимает инструктор. Пришел утром в реабилитационный центр, с ним позанимались два часа, потом пришел вечером. Туда ходят даже известные футболисты, звезды. Это такой опенспейс, где футболист лечит коленку и машет всем ручкой. Люди вокруг видят, что у него получается, и думают: «Ну а что? Значит, и у меня получится». ☺

37

Бывает, что эффективным лечением после травмы является покой

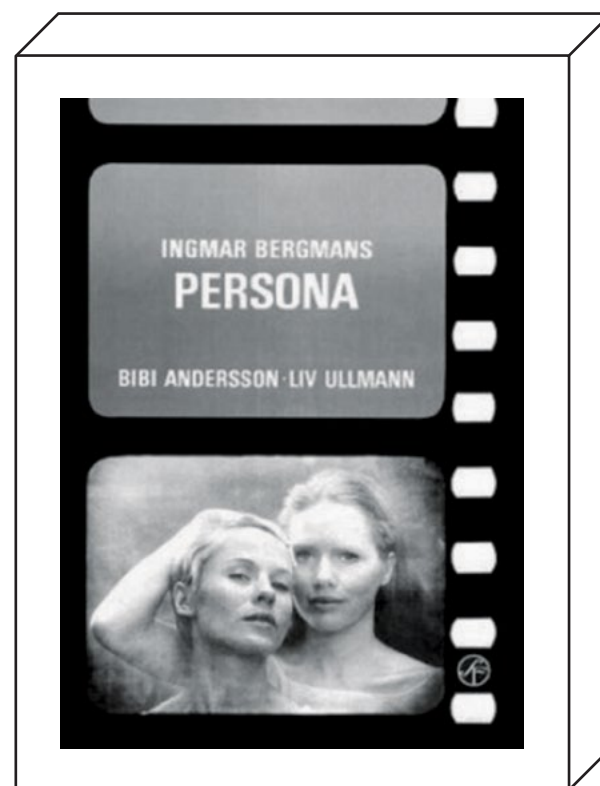


Четыре фильма о сложных отношениях



«Психо», 1960, реж. Альфред Хичкок

Мэрион страдает от любви, дефицита денег и личной неустроенности. Когда ее начальник хвастает крупной суммой, Мэрион крадет ее и сбегает. После этого она начинает вести себя так, что сразу понятно: что-то тут нечисто. Даже главный «злодей» Норман Бейтс понимает, что она не просто так останавливается в его отеле. И это правда: Мэрион хочет быть пойманной. В детстве каждая провинность наказуема, поэтому и во взрослой жизни чувство вины вынуждает человека найти свое наказание. Для Мэрион это Норман Бейтс. У него, в свою очередь, собственная история болезни: симбиотические отношения с матерью приводят к феномену множественной личности. К матери Бейтс испытывает любовное чувство и влечение. Почему после смерти матери он начинает себя с ней идентифицировать? Именно так он позволяет себе отыграть все те импульсы и чувства, которые обычно себе запрещает. — *Евгения Щетинина*



«Персона», 1966, реж. Ингмар Бергман

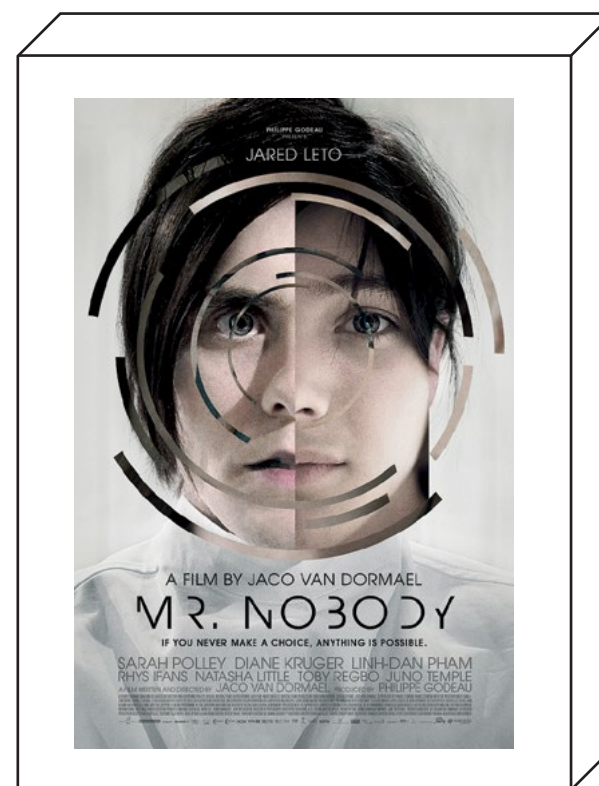
Знаменитая актриса Элизабет Фоглер внезапно замолкает прямо во время спектакля и с тех пор отказывается говорить. Врачи убеждены в том, что Элизабет полностью здорова, и решают, что ей необходимо побыть у моря. В помощь Элизабет посылают молодую медсестру Альму. Фильм можно назвать метафорой психоаналитической терапии с ее неожиданными инсайтами, когда клиент внезапно сталкивается с собой настоящим. Кто может ожидать, что для Альмы эту непроходимую стену сломит собеседник, который не раскрывает рта? Быть может, юнгианский термин «персона» появился в названии картины неслучайно? Да и замолчавшая актриса исполняет по сюжету фильма роль Электры (этим именем Зигмунд Фрейд назвал женский вариант эдипова комплекса). Процесс психотерапии может быть опасным путешествием, способным обернуться началом настоящей, неподдельной жизни. — *Ольга Глиник*

Нейропсихологи центра «Три сестры» читают фильмы как истории болезни и объясняют экзистенциальные драмы особенностями мозговой деятельности



«Вдали от неё», 2006, реж. Сара Полли

Фиона и Грант женаты больше 40 лет. Фиона попадает в клинику с болезнью Альцгеймера. Когда муж впервые навещает ее, выясняется, что она не только забыла его, но и влюбилась в другого пациента. Драматические отношения с новым возлюбленным, страдающим депрессией, вызывают у Фионы психический срыв. Главный вопрос, который мучит зрителя до самой кульминации фильма: как она смогла забыть человека, с которым прожила всю жизнь? Ответ кроется в том, что даже патологические состояния мозга не стирают ткань глубоких эмоциональных переживаний. Когда-то Грант сам изменил жене, и это переживание трансформировалось в ее сознании. Сюжет ревности был вытеснен из «здорового», «социально приемлемого» мира, и только болезнь дала Фионе возможность проиграть это подавленное событие, начав новые отношения. После этого она сумела на самом деле простить своего мужа. — Юлия Зуева



«Господин Никто», 2009, реж. Жако ван Дормаль

В мире будущего, где люди победили смерть, умирает последний смертный — Немо (Никто), глубокий старик, страдающий амнезией. На приеме у психолога под гипнозом он вспоминает свою жизнь. А точнее, сразу несколько жизней. Потому что когда-то маленьким мальчиком он не смог сделать выбор, остаться ли ему с отцом или уехать с матерью. Немо выбрал и то, и другое. Дальше варианты его жизней ветвятся, но важно другое: он помнит все, что случится с ним в будущем. В реальности феномен обратного течения времени встречается только при очаговых поражениях мозга у левшей. Им кажется, будто время течет в обратную сторону. Немо имеет еще один дар. Иногда он может предсказывать будущее. С точки зрения нейропсихологии это также психопатологический феномен, встречающийся исключительно у левшей. Он описывается пациентами как предвосхищение будущих событий. — Юлия Зуева ☺

Сергей Оболонков проводит циклы тематических показов в Московской школе кино и пишет для «Кино-театр.ру» и «Кино» Mail.ru

Как в кино

Центр «Три сестры» пригласил кинокритика Сергея Оболонкова курировать программу кинопоказов для пациентов. По нашей просьбе Сергей рассказал, из чего она складывается

41

Конечно, тот факт, что зрители — пациенты, на выбор фильма влияет. Предпочитаю не выбирать давящие, мрачные, создающие ощущение безысходности фильмы, даже если они считаются кинематографической классикой. Плюс ограничения по хронометражу: не все пациенты будут чувствовать себя комфортно, просидев у экрана два с половиной часа, поэтому Нолана, например, не смотрим. Более того, я заранее предупреждаю: если кто-то устал или заскучал во время просмотра, зал можно покинуть в любой момент.

Недавно мы смотрели «Резню» Романа Полански. Название пугающее, но на самом деле это разговорная драма, полностью лишенная какого-либо экшена. Две семейные пары сидят час с небольшим в квартире и выясняют отношения. Тем не менее фильм дает повод поговорить после. Например, о спецэффектах, которых в нем, на первый взгляд, совсем нет. Оказалось вполне уместным показать кадры со съемочных площадок «Матрицы» и «Мстителей».

Ленты Pixar — и полнометражные, и короткие метры, в том числе архивные, — собирают аудиторию. Хорошо встречаются биографические драмы, например «Семь дней и ночей с Мэрилин».

А еще у нас есть мальчик, который побывал уже показах на семи-восьми. Я знаю, что ему нравятся хорроры, но пока так и не смог выбрать фильм, который бы и его оставил довольным.

Однажды я показывал фильм 1969 года с молодым Олегом Табаковым — «Гори, гори, моя звезда». В зале было всего два зрителя — пациент и его супруга. До конца не досмотрели: он устал. Зато послушали рассказ о фильме. Потом пациент выехал из зала, а жена задержалась и говорит: «Извините, что не досмотрели до конца. Зато это первый за полгода случай, когда он вне палаты час провел». В такие моменты понимаешь, что сеанс или простой человеческий контакт — действительно часть реабилитации. ☺

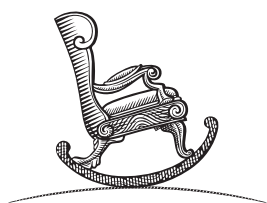
Лилия Аббясова, Тимофей Кротов и их дочь Кира

42

Лилия пришла в «Три сестры» одной из первых: занималась продажами, набирала менеджеров. С Тимофеем они познакомились в 2015 году, когда он ещё работал в другой компании. Год назад родилась Кира, и теперь Лилия приезжает на работу вместе с дочерью. В клинике с Кирой помогают коллеги и... папа! Потому что сейчас Тимофей — руководитель отдела продаж центра «Три сестры»

Банан райский
Молодое растение





Мы возвращаем простые радости