

ISSN 1028-8554

НЕЗАВИСИМАЯ ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ АССОЦИАЦИЯ РОССИИ
INDEPENDENT PSYCHIATRIC ASSOCIATION OF RUSSIA

**НЕЗАВИСИМЫЙ
ПСИХИАТРИЧЕСКИЙ
ЖУРНАЛ**

**INDEPENDENT
PSYCHIATRIC
JOURNAL**

**ВЕСТНИК НПА
IPA HERALD**

IV

2007

МОСКВА

Издание НПА

Регистрационный номер журнала 0110764

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

МЕЖДУНАРОДНЫЙ
РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ
ПО ФЕНОМЕНОЛОГИЧЕСКОЙ
ПСИХИАТРИИ

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

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ

Ю. С. Савенко (гл. редактор)
Ю. Н. Аргунова
М. Е. Бурно
Л. Н. Виноградова
Б. А. Воскресенский
В. Е. Каган
Г. М. Котиков
А. Ю. Магалиф
В. В. Мотов
В. Н. Прокудин

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
Mark Burno
Liubov Vinogradova
Boris Voskresenski
Victor Kagan
Grigori Kotikov
Alexander Magalif
Vladimir Motov
Vladimir Prokudin

Сдано в набор 19.12.2007. Подписано в печать 26.12.2007. Формат 60×84 1/8.
Бумага типографская офсет № 1. Гарнитура “Таймс”. Печать офсетная.
Тираж 1000 экз. Заказ № 2007-04-ИРА.

Цена свободная

Оригинал-макет подготовлен в издательстве “Фолиум”, 127238, Москва, Дмитровское шоссе, 58
тел./факс: (495) 482-5590, 482-5544, E-mail: npz@folium.ru
Отпечатано в типографии издательства “Фолиум”, 127238, Москва, Дмитровское шоссе, 58

СОДЕРЖАНИЕ

150-ЛЕТИЕ ВЛАДИМИРА МИХАЙЛОВИЧА БЕХТЕРЕВА (1857 – 1927)	5
150-ЛЕТИЕ НИКОЛАЯ НИКОЛАЕВИЧА БАЖЕНОВА (1857 – 1923)	8
150-ЛЕТИЕ ВЛАДИМИРА ИВАНОВИЧА ЯКОВЕНКО (1857 – 1923)	10
АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ПСИХИАТРИИ	
Проблема “социальной опасности” психически больных.	
Приглашение к дискуссии. В. Г. Ротштейн — Ю. С. Савенко	12
Место культуры в судебной психиатрии	
— Л. Кирмайер, С. Руссо, М. Лешли (Монреаль, Квебек, Канада)	17
Алекситимия: предиктор, признак психосоматизации или личностная характеристика?	
— И. Э. Секоян (Ереван, Армения)	22
Патологические метаморфозы “Я” и кризисы развития личности	
— С. С. Худоян (Ереван, Армения)	29
КЛИНИЧЕСКИЕ РАЗБОРЫ	
Необычное действие оланзапина	33
ПСИХИАТРИЯ И ПРАВО	
“Признать несоответствующими Конституции...” — Ю. Н. Аргунова	45
Вопросы сохранения врачебной тайны	
при оформлении листка нетрудоспособности — Ю. Н. Аргунова	50
ИЗ ДОСЬЕ ЭКСПЕРТА	
Доведение до суицида в армии. Судебные победы Фонда “Право Матери”	
и Независимой психиатрической ассоциации России — Л. Н. Виноградова	53
СУДЕБНАЯ ПСИХИАТРИЯ	
О медицинской небрежности, патологических игроках и возрасте согласия	
на наркологическое лечение (обзор) — В. В. Мотов (Тамбов)	61
ИЗ ПРАКТИКИ	
О некоторых аспектах религиозно-ориентированной терапии	
— Б. А. Воскресенский, Л. С. Виноградова	65
Психотерапевтический процесс в условиях мест лишения свободы в России	
— В. В. Мадорский (Санкт-Петербург)	69
ИСТОРИЯ	
Профессор Петр Михайлович Зиновьев (1882 – 1965)	
и его книга “Душевные болезни в картинах и образах” (1927) — В. Г. Остроглазов	76
ХРОНИКА	
Первый конгресс психиатрической ассоциации Восточной Европы и Балкан	83
XIX Конгресс Всемирной ассоциации социальной психиатрии (WASP)	84
Баженовские чтения	85
Семинар по предотвращению суицидов	85
Лиц со статусом неприкосновенности не надо лечить без их письменного согласия?	86
Апология полицейской психиатрии	87
Дело Андрея Новикова	
Психиатрию в политических целях использует власть, а не психиатры	88
Политическая цензура — не дело психиатров	91
ПСИХОПАТОЛОГИЯ И ТВОРЧЕСТВО	
Андрей Новиков — Террористический вальс.	93
Состоится ли захват Кремля?	94
ПОСМЕЕМСЯ ВМЕСТЕ.	95
РЕКОМЕНДАЦИИ	97
АННОТАЦИИ	98

CONTENT

150-TH JUBILEE OF VLADIMIR MIKHAILOVITCH BEKHTEREV (1857 – 1927)	5
150-TH JUBILEE OF NIKOLAY NIKOLAEVITCH BAZHENOV (1857 – 1923)	8
150-TH JUBILEE OF VLADIMIR IVANOVITCH YAKOVENKO (1857 – 1923).	10
URGENT PROBLEMS OF PSYCHIATRY	
Problem of “social danger” of the mentally ill. Let’s begin a discussion	
— V. G. Rotshrein — Yu. S. Savenko	12
The place of culture in forensic psychiatry	
— Laurence J. Kirmayer, Cécile Rousseau, Myrna Lashley (Montreal, Quebec, Canada)	17
Alexithymia: predictor, sign of psychosomatization or personal characteristics	
— I. E. Sekoyan (Erevan, Armenia).	22
Pathological metamorphoses of “Ego” and crises of development of personality	
— S. S. Khudoyan (Erevan, Armenia)	29
DISCUSSION OF A CLINICAL CASE	
Unusual olanzepine’s effect	33
PSYCHIATRY AND LAW	
“To recognize as incommensurate to the Constitution... — Yu. N. Argunova	45
Problems of medical secret during registration of sick-leave certificate — Yu. N. Argunova	50
FROM AN EXPERT’S DOSSIER	
Driving to suicide in army. Court victory of the Mother’s Rights Foundation	
and the Independent Psychiatric Association of Russia — L. N. Vinogradova.	53
FORENSIC PSYCHIATRY	
On medical negligence, pathological gabblers and age of consent	
for narcological treatment (review) — V. V. Motov (Tambov).	61
FROM THE PRACTICE	
On some aspects of religion-oriented therapy — B. A. Voskresenski, L. S. Vinogradova.	65
Psychotherapeutic process in the places of detention in Russia — V. V. Madorski (Sant-Petersburg)	69
HISTORY	
Professor Peter Mikhailovitch Zinoviev (1882 – 1965)	
and his book “Mental Illness in Pictures and Images” (1927) — V. G. Ostroglazov.	76
KHRONICLE	
First Congress of Psychiatric Association for Eastern Europe and Balkans	83
XIX Congress of the World Association of Social Psychiatry	84
Bazhenov Readings Conference	85
Seminar for prevention of suicides	85
Cannot we treat persons enjoying immunity without their written consent?	86
Apologia of police psychiatry	87
Andrey Novikov case	
Psychiatry is used in political purposes by the authorities, not by psychiatrists	88
Political censorship is not a deal for psychiatrists	91
PSYCHOPATHOLOGY AND CREATIVENESS	
Andrey Novikov.	93
LET’S LAUGH TOGETHER	95
RECOMENDATIONS.	97
ABSTRACTS	98

150-ЛЕТИЕ ВЛАДИМИРА МИХАЙЛОВИЧА БЕХТЕРЕВА 1857 – 1927



Рубеж XIX-XX веков и первая треть XX века в Австрии, Германии, России и, пожалуй повсюду, ознаменовались редкостным взлетом культуры, философии, науки, не остановленным даже Первой мировой войной. Тем значимее, что даже на этом фоне выступают отдельные фигуры, поражающие грандиозностью своих многообразных вкладов. Такова фигура Владимира Михайловича Бехтерева. Не только его творчество, но даже сама его судьба, казалось, бы доведены до предела возможного. Тем значимее его восприятие в сегодняшней России, тем более в год полуторавекового юбилея, тем оно автопортретнее для всех нас. Например, что увидели и выделили как главное и как актуальное для нас в жизни и деятельности Бехтерева авторы представительных юбилейных конференций в Санкт-Петербурге и Казани? Что акцентировали? Что замолчали? На что просто не обратили внимания?

В. М. Бехтерев — это, прежде всего, великий **невролог, нейрпатоморфолог, нейрпатофизиолог и невропатолог**, впервые описавший многие мозго-

вые структуры, ядра и проводящие пути, некоторые из которых названы его именем. Еще в 1884 году, работая в клинике Пауля Флексига в Лейпциге, он усовершенствовал его методику изучения проводников мозга на срезах мозга младенцев и зародышей только что опубликованным методом окраски миэлиновых волокон. Это позволило провести грандиозное исследование мирового значения, опубликованное в двухтомном труде “Проводящие пути головного и спинного мозга” (1896 – 1898 гг.) и отмеченное Российской академией наук премией Бэра. Вслед за этим Бехтерев создает учение о функциональной анатомии мозга, выяснив функции таламуса, двигательных полей коры головного мозга, функциональные связи структур, ответственных за равновесие и ориентировку в пространстве, а также движения и секрецию внутренних органов. Он разработал методики сочетательно-двигательных рефлексов, значительно более информативные, чем слюновыделительная методика И. П. Павлова, причем впервые на человеке (Анфимов, 1907 г.), и различные приборы для этого. Его мо-

нументальный труд “Основы учения о функциях мозга” (1903 – 1907 гг.) также имел мировое значение и был переведен на многие языки.

Бехтерев **положил начало нейрохирургии**, организовав нейрохирургическое отделение, исходя из убеждения, что нейрохирург должен быть невропатологом, и пропагандируя организацию операционных в каждой психиатрической больнице. При этом он очень критически относился к малообоснованным операциям на мозге. Бехтерев существенно **обогатил клинику нервных болезней**: он впервые описал анкилозирующий спондилоартрит (болезнь Бехтерева), хореическую эпилепсию, постинсультную гемитонию, сифилитический множественный склероз, острую мозжечковую атаксию алкоголиков и др., а также не менее 12 физиологических и патологических пирамидных рефлексов и множество симптомов при различных неврологических расстройствах: спинной сухотке, мозговых инсультах, органической гемиплегии, миотонии, постэнцефалитических расстройствах, невралгиях, тетании и т.д. (“Общая диагностика болезней нервной системы”, ч. 1 – 2, 1911 – 1915 гг.). Часть этих симптомов являлись нейропсихологическими как например, пальцевая агнозия и парасимболии (“слоги перепутываются и искажаются настолько, что понять речь невозможно”).

Бехтерев — **один из зачинателей экспериментальной психологии**, открывший в Казани вторую в Европе лабораторию (1887 г.), а также **отечественной педологии (1907 г.)** — целостной науки о ребенке, что показывает и делает понятным наиболее адекватное, продвинутое даже на сегодня понимание им предмета психиатрии как расстройств не психики, а личности. *“Все то, что относится к понятию “души”, с нашей точки зрения обнимается понятием личности, а между тем, этот термин лишен субъективного характера”. “Термин “психиатрия” для построения на его месте объективного знания должен быть заменен “болезнью личности”, а “психопатология” — “патологией личности”, термин же “душевнобольной” свободно может быть заменен термином “лично-больной”, как более соответствующий предмету науки”* (1918, 1922 гг.). Одно это ставит Бехтерева на высоту, не доступную для многих его критиков. Именно в этом смысле следует рассматривать его антипсихологизм, а не только как одно стремление к максимальной объективности.

Прямой продолжатель создателя и руководителя первой отечественной кафедры психиатрии (1857 г.) и первой отечественной клиники психиатрии (1867 г.) И. М. Балинского и создателя Санкт-Петербургской психиатрической школы и ее физиолого-клинического направления И. П. Мерзеевского, преемник последнего (1893 г.), Бехтерев развивал **неврологическое направление психиатрии**, стремясь обосновать психопатологические явления анатомо-физиологическими нарушениями механизмов

мозга. Он был противником разделения кафедр невропатологии и психиатрии. Великий невропатолог и психиатр, единый в этих двух и многих других лицах, Бехтерев являл собой живой пример того, что обозначается термином “психоневрология”, глубоко осмысливая соотношения нервных и психических заболеваний и преобразовав ее на основании многочисленных исследований в принципиально новую строго научную систему рефлексологических отношений вместо изучения сознания и самоотчета больных. Это делает Бехтерева самым крупным отечественным представителем бихевиористского направления, создателем грандиозного синтеза естественных и гуманитарных наук, биологии и социологии в его “Коллективной рефлексологии” (1921 г.), как бы к ней не относиться.

Однако и **в клиническую психиатрию** Бехтерев внес немало нового. Он описал соматофрению, бред гипнотического очарования, навязчивый страх некстати улыбнуться (1899 г.), боязнь чужого взгляда (1900 г.), исследовал боязнь покраснеть, боязнь потения рук, боязнь полового бессилия, психогенные расстройства глотания, зрительные галлюцинации при поражении зрительных проводников в подкорковых областях, параосмофрении со стойкими обонятельными галлюцинациями в зависимости от периферического раздражения, псевдомиэлии в форме присутствия мнимых конечностей или передвижения в разных направлениях совершенно парализованных конечностей и т.д. Им описаны различные проявления психического автоматизма, он был одним из первых исследователей психопатий (“Будущее психиатрии. Введение в патологическую рефлексологию”, 1997 г.).

Бехтерев — это выдающийся врач и психотерапевт. Не только “микстура Бехтерева”, но гипноз и внушение навсегда связаны и с его именем, благодаря многим разнообразным техникам, которые он разработал, начиная с 1890 г., и их необычайной эффективности в его руках. Как врач, имевший грандиозный опыт и авторитет, он лечил не просто гипнозом и внушением, а всей своей могучей личностью, тонко чувствующей необходимые в каждом конкретном случае слова и приемы. В 1923 году он привлекался к лечению Ленина, в 1927 г. консультировал Сталина.

Бехтерев — выдающийся **организатор** научных институтов. Это, прежде всего, Психоневрологический институт (1908 г.) — уникальное научное и высшее учебное учреждение с пятью факультетами, клинической базой и очень либеральным уставом, со многими дочерними институтами, отделениями и лабораториями, выросшее в грандиозную Психоневрологическую Академию, объединившую 15 институтов и располагавшуюся к 1916 г. в 11 больших зданиях. Всего Бехтеревым и с его участием было создано 50 учреждений и 12 журналов. Он написал свыше 600 научных работ, из них 15 больших монографий, причем все писал самостоятельно.

Бехтерев — замечательный лектор, педагог, популяризатор, энтузиаст междисциплинарных исследований и образовательных программ, создатель выдающейся научной школы: М. И. Аствацатуров, П. А. Останков, В. П. Осипов, В. П. Протопопов, Е. А. Шевалев, Р. Я. Голант, Н. В. Канторович и мн.др. Всего через учреждения, созданные Бехтеревым, прошло более 1000 врачей.

И, наконец, Бехтерев — это выдающийся пример гражданской позиции, профессионально весьма значимой в психиатрии. Бехтерев всегда активно проявлял ее. Воспитанный на Писарева, Дарвине, симпатиях к народолюбцам, Бехтерев и специальность психиатра выбрал “за ее наиболее тесную связь с общественностью... и глубокими философскими и политическими проблемами”. Когда в период революции 1905 года он был избран начальником Военно-медицинской академии, Академия поддержала всероссийскую забастовку рабочих, а его выступление на Втором съезде психиатров в Киеве (1905 г.) вызвало импровизированный митинг и аресты. Бехтерев достойно провел Академию сквозь бурю революции 1905 – 1906 гг. и последующую контрреакцию. В 1913 г. он прославился своей потрясшей весь психиатрический мир судебнопсихиатрической экспертизой по делу Бейлиса¹, показав несостоятельность и надуманность обвинения в ритуальном убийстве, чем расстроил провокаторские планы царской охранки. В том же году он организовал протест против попытки военного министра Сухомлинова, автора концепции “Россия для русских”, выдать свой солдафонский

приказ (чтобы студенты отдавали честь офицерам) за инициативу профессоров Академии. В результате, Бехтерев был уволен из Академии, а министр просвещения Кассо не утвердил его зав. кафедрой Женского медицинского института. За три дня до Февральской революции Правительство приняло решение закрыть Психоневрологический институт, как гнездо оппозиции, где были отменены для поступающих все виды дискриминации: туда принимали без различий сословия, национальности и пола. Бехтерев сразу принял советскую сласть, но диагноз Сталину стоил ему жизни: то, что он был отравлен за реплику “параноик” во все не апокриф. Только так возможно объяснить все, что происходило с наследием Бехтерева и даже его прахом после его смерти.

После Бехтерева до настоящего времени среди лидеров отечественной психиатрии были выдающиеся ученые и клиницисты, но они не были такими организаторами, были талантливые организаторы, но они не были ни учеными, ни клиницистами. А о гражданской позиции даже помышлять стало опасно. Мы видим, что авторитарная власть, преследуя свои собственные цели, совершенно не считает с элементарным здравым смыслом в отношении всего прочего.

Процесс измельчания кадров — прямое следствие фактического отсутствия автономного статуса психиатрического сообщества.

Ю. С. Савенко

¹ Независимый психиатрический журнал, 1997, 4; 1998, 1.

14-ая конференция Международного общества
по исследованию аффективных расстройств

**ИНТЕГРАТИВНЫЕ ПОДХОДЫ
К АФФЕКТИВНЫМ РАССТРОЙСТВАМ**

14 – 17 марта 2008 г., Кейптаун, Южная Африка

Тел.: +44- (0)1865 – 843691;
E-mail: jm.seabrook@elsevier.com;
www.isad.elsevier.com

150-ЛЕТИЕ НИКОЛАЯ НИКОЛАЕВИЧА БАЖЕНОВА 1857 – 1923



Николай Николаевич Баженов — одна из наиболее ярких фигур отечественной психиатрии, выдающийся клиницист, ученый, организатор, педагог. Во всей своей многообразной общественной и культурной деятельности он был, прежде всего, “другом пасынков природы” (именно такое обращение выгравировано на памятном блюде, подаренном Н. Н. Баженову больными в 1913 году), утверждал “здоровое среди больного” (выражение современных психотерапевтов), “ненавидел зло, но любил людей” — этот христианский принцип, упомянутый в одной из его работ, пронизывал всю жизнь самого Н. Н. Баженова.

Н. Н. Баженов родился 11(23) августа 1857 года. Он окончил медицинский факультет Московского Университета, затем подолгу работал в лучших клиниках Европы, преимущественно во Франции. Круг интересов его был необычайно широк, но в первую очередь (2/3 из известных к настоящему времени 125 работ) это организационные, правовые и исторические аспекты психиатрии. Эти разработки удивительно современны. В 1911 году он выступил с первым тщательно разработанным “Проектом законодательства о душевнобольных”. Н. Н. Баженов отмечал: “В

вопросе о попечении о душевнобольных должны быть выдвинуты на первый план и законодательно определены: а) принцип распространения государственной заботы на всех душевнобольных страны и указание тех мероприятий, посредством коих должна осуществляться эта задача, и тех органов центральной власти и самоуправлений, и на кого эти обязанности возлагаются; в) условия, при которых допустимо лечение на дому, в собственной семье; с) при помещении больного в специальное учреждение должны быть достаточные гарантии тому, что при этом принципы неприкосновенности личности и индивидуальной свободы будут действительно нарушены только тогда, когда это императивно диктуется постигшей данное лицо психической болезнью”.

Интенсивна была и его практическая деятельность. Это децентрализация психиатрической помощи, организация ее по территориальному принципу, совершенствование системы несценения, двустепенное обслуживание, патронаж, расширение и строительство психиатрических больниц (Москва, Воронеж, Рязань, Винница). В 1914 году им (совместно с Мари) был открыт психиатрический санаторий под Пари-

жем. Его вклад во французскую психиатрию, далеко не ограничивающийся этим актом, был отмечен орденом Почетного Легиона.

Созидательная натура Н. Н. Баженова нашла свое проявление и в области образования. Он — один из организаторов и первых профессоров медицинского факультета Московских высших женских курсов, основатель психиатрической клиники этого факультета, ныне — кафедра психиатрии и медицинской психологии РГМУ.

В сферу его научных интересов входили и пограничные состояния. Его работа “О значении стихийных бедствий в этиологии некоторых нервных и психических заболеваний” (1914) и ныне воспринимается как очень актуальная, во многом предвосхитившая целое направление современной психиатрии — выделение посттравматического стрессового расстройства.

Духовные и социальные аспекты психиатрии увлекательно раскрыты в “Психиатрических беседах на литературные и общественные темы” (1903), отмеченных премией им. Пушкина.

Н. Н. Баженов был членом многих медицинских, психиатрических, психологических, антропологических, литературных и благотворительных обществ Москвы, Петербурга, Парижа, Брюсселя, Нью-Йорка. В 1910 – 1912 гг. он принимал активное участие в выпуске международного руководства по психиатрии. В 1911 г. Н. Н. Баженов был избран первым председателем Российского Союза невропатологов и психиатров, в том же году он организовал в Москве Пятый Международный Конгресс по призрению и лечению психически больных.

Он активно выступал как против тирании и авторитаризма во всех проявлениях, так и упрощенного понимания демократии. В 1911 году, еще будучи приват-доцентом, Н. Н. Баженов ушел в отставку в знак протеста против репрессий Л. А. Кассо и опубликовал открытое письмо, направленное против профессоров-штрейкбрехеров. Университетские свободы, самостоятельность науки — проблемы, тревожащие сегодня и нас. В “Психологии казнимых” он страстно высказывался против введения смертной казни. В годы становления советской власти он протестовал против попыток передать управление больницами особым структурам, поровну включавшим врачей, средний и младший персонал, так как “такая демократизация по существу равна отрицанию значения науки и ценности специальных знаний и опыта” (невольно приходят в голову коллизии, связанные с сегодняшними главами российского здравоохранения).

В статье “Психология и политика” (1906) Н. Н. Баженов провидчески говорит о том, что при определенных условиях “освободительное движение” может смениться “худшей из реакций”, даже “не той, которую делает, опираясь на пулеметы, бравый и совершенно эмансипировавшийся от всяких правовых понятий и норм генерал, полковник или даже полковни-

чий денщик”, а основывающейся на “противоречиях психологических” — невозможности допустить, признать право на существование точки зрения другого. “...всего более насилия и жестокости было брошено в мире, всего более эшафотов было воздвигнуто и более всего зажжено костров именно теми, кто веровал в спасительность единой доктрины, которая обновит мир, облагодетельствует человечество...”. Выход один — культура “есть безусловная ценность”, “...укрепление и углубление культуры в стране и укоренение ее в широких массах населения есть и было всегда и останется навсегда единственным способом обеспечить нации свободу и право, а потому истинный демократизм требует не просто бережного отношения к этому высшему благу, этому единственному необесцениваемому достоянию человечества, а даже *пизетта*” (кавычки и выделения — из упоминаемой статьи).

Возвышенно-гуманистические взгляды Н. Н. Баженова на общественную и политическую жизнь страны, его принадлежность к “вольным каменщикам” — масонам, по-видимому, послужили причиной того, что после революции труды его не переиздавались, а имя не стало популярным.

Н. Н. Баженов скончался в 1923 г. и был похоронен на кладбище Донского монастыря, напротив Донской лечебницы, которой он отдал много сил, могила его впоследствии была утрачена. Но, несмотря на это, нет никакого сомнения в том, что “Когда будет написана история русской психиатрии, Баженову будет отведено в ней одно из самых видных мест” (Ю. В. Каннабих).

Б. А. Воскресенский, Е. А. Остапец

Ю. В. Каннабих так писал в своей “Истории психиатрии”. “Николай Николаевич Баженов, этот второй сподвижник и друг Корсакова, казался полной противоположностью Сербского, но в одном отношении они были совершенно сходны: в глубоком почтении заветов учителя, в любви к психиатрии и к душевно-больному. Последователь Маньяна и сам отпрыск французской культуры, которую он глубоко воспринял с блеском и яркостью речи и печатного слова, Баженов умел одновременно жить интересами русской деревни, где он организовывал патронаж — дело, которому он отдал такую массу знаний, любви и энергии. Когда будет написана история русской психиатрии, Баженову будет отведено в ней одно из самых видных мест. В области теоретических вопросов он больше всего интересовался конституциологией и вопросами вырождения. Его перу принадлежат блестящие статьи на общественные и литературно-психиатрические темы и доклады по вопросам законодательства о душевно-больных. В 1892 г. он привез из Бельгии “очень легкие, комфортабельные” кандалы, которые раздобыл хитростью, выпросив у бельгий-

ского коллеги, якобы для образца, и таким образом имел возможность демонстрировать их на торжественном заседании в память Пинеля Московского общества невропатологов и психиатров 25 октября 1892 г. Русские врачи получили наглядное и прискорбное доказательство того, что Бельгия еще не дошла до эпохи Пинеля, в то время как темная Россия уже имела своего Конолли — Корсакова. Несомненно, работа последнего была бы гораздо трудней, если бы с ним не шли рука об руку Сербский и Баженов”.

Выдающийся вклад Н. Н. Баженова оттеняет драматизм его поражений в борьбе за его основное, заве-

щанное ему С. С. Корсаковым, детище — за патронаж, а также в историческом споре с П. И. Якобием в 1891 г. и в отношении реорганизации “Сабуровой дачи” (Харьков) и в целом ряде других случаев. Резкость критики Якобия, ставшая причиной десятилетнего бойкота, не помешала Баженову написать на смерть Якобия достойный некролог. Для нас памятно и высоко значимо, что Н. Е. Баженов был ординатором, а потом главным врачом Преображенской больницы, где мы ежемесячно проводим открытые клинические разборы.

150-ЛЕТИЕ ВЛАДИМИРА ИВАНОВИЧА ЯКОВЕНКО 1857 – 1923



Наряду с Павлом Ивановичем Якобием, Владимир Иванович Яковенко является основоположником отечественной социальной психиатрии, принципиальные положения которой оба начали воплощать в один и тот же период (1891 – 1900) при планировании (Якобий) и строительстве земской (по свидетельству Ю. В. Каннабиха) “лучшей русской психиатрической

больницы” в селе Покровское – Мещерское Подольского уезда в 70 км от Москвы (ныне Московская областная психиатрическая больница № 2 им. В. И. Яковенко). Владимир Иванович 13 лет возглавлял эту больницу, пока не был уволен в 1906 году за политическую деятельность и выслан на хутор Бутова Гора Полтавской губернии, где жил и работал до

1923 года. Принимая активное участие в ликвидации эпидемии сыпного тифа на Полтавщине (1922 – 1923), В. И. заразился и умер.

До этого, после окончания Медико-хирургической академии в Санкт-Петербурге (1881) три года работал земским участковым врачом в Кременчугском и Миргородском уездах, пять лет ординатором Бурашевской психиатрической колонии, главный врач которой Н. П. Литвинов создал школу главных врачей. Здесь он написал работу “Индукцированное помешательство как один из видов патологического подражания” (1887). “После кратковременной работы в Голечинской психиатрической колонии Рязанской губернии и в петербургской Пантелеймоновской больнице, он в течение трех лет (1891 – 1893) заведовал Смоленской психиатрической больницей. Здесь впервые в большом масштабе проявился крупный организаторский талант Яковенко. В этой больнице царили совершенно невероятные нравы: смирительные рубашки и даже связывание веревками были в полном ходу, больные жили в грязи, при отсутствии всякого присмотра и ухода (однажды даже буйный больной, запертый в изолятор вместе со слабым, который вскоре умер, съел некоторые части тела последнего. Это вызвало громкий скандал, в результате которого и был приглашен Яковенко. За время своей двухлетней работы в Смоленске он преобразовал, вернее заново создал больницу. После этого Московское земство поручило ему устройство в Подольском уезде, в селе Мещерском, того грандиозного учреждения, которое в настоящее время называется больницей имени Яковенко.

Кроме создания лучшей психиатрической больницы, В. И. Яковенко принадлежит заслуга организации первой у нас психиатрической переписи, которая сперва ограничивалась пределами Московской губер-

нии, но впоследствии послужила образцом для такого же дела и в других местностях; благодаря этому впервые в России была установлена точная статистика душевной заболеваемости. Классический труд Яковенко — “Душевно-больные Московской губернии”, бывший результатом семилетней научной работы, является ценным вкладом в науку, не только в русскую, но и международную.

Яковенко был одним из первых русских общественников-психиатров, которые выдвинули вопрос о децентрализации психиатрической помощи, т.е. об ее общедоступности; он выступил с проектом устройства сети уездных психиатрических больниц, сравнительно небольших по размерам, тесно вдвинутых в самую гущу повседневной жизни — проект, который, надо думать, получит осуществление только в будущем.

Яковенко был одним из активнейших участников и организаторов целого ряда съездов врачей, имевших в то время такое исключительное общественное значение. Он был деятельным членом Общества невропатологов и психиатров и одним из редакторов Корсаковского журнала.

Яковенко был большим научным работником; он оставил после себя до сорока научных трудов, отчетов, рецензий и проч. Только огромный интерес к социальной медицине вообще и к практической работе на живом поприще общественной психиатрии оторвал его от специально-научной (академической) деятельности, о которой он одно время думал после своего заграничного путешествия и занятий в Париже, Берлине и Лейпциге (у Шарко, Вундта и Мунка). Как человек, Яковенко отличался совершенно исключительными умственными и нравственными качествами” (Ю. В. Каннабих “История психиатрии”, 1929).

Конгресс Европейской психиатрической ассоциации
ЭТИКА, НАУКА И ПСИХИАТРИЯ ДЛЯ ЛИЧНОСТИ

6 – 9 февраля 2008 г., Париж, Франция

www.wpa2008paris.com

Проблема социальной опасности психически больных Дискуссия

От редактора. Наш давний оппонент проф. В. Г. Ротштейн на просьбу вступить в дискуссию по проблеме социальной опасности психически больных на страницах нашего журнала прислал популярный текст, рассчитанный на массового читателя. В этом есть свои преимущества, так как популяризация в руках такого профессионала никогда не за счет упрощения и искажения проблемы, а — наоборот — более рельефное выражение своих собственных представлений на ее счет. Поэтому, призывая коллег принять участие в дискуссии, мы бы добавили: и пишите внятно для непрофессионалов. Мы позволили себе, чтобы обозначить собственную позицию и предмет дискуссии, сопроводить текст своими комментариями, обозначаемыми курсивом.

“ВРЕМЯ ПОДУМАТЬ” — В. Г. Ротштейн
“СЕЙЧАС ВРЕМЯ ТОЛЬКО ИСПОРТИТЬ ЗАКОН” — Ю. С. Савенко

Любители научной фантастики, возможно, помнят повесть Роберта Шекли “Страж-птица”. Тем, кто не помнит, я в двух словах перескажу сюжет: летающий робот был запрограммирован таким образом, что мог предвидеть готовящееся убийство и предотвратить его, применяя против потенциального убийцы самые жесткие санкции. Сначала все были очень счастливы; но робот быстро сообразил, что намерение зарезать свинью или даже прихлопнуть комара — тоже потенциальное убийство, и начал вести себя в соответствии с заложенной в него программой.

К сожалению, Роберт Шекли соскользнул с лейтмотива собственного превосходного примера: он пошел по пути прогноза убийства вообще, т.е. любого живого существа, тогда как точнее, по крайней мере, в значимом для нас аспекте, была бы способность робота фиксировать наравне с действительным замыслом убийства изживание в фантазиях убийств обидчиков безвольными мечтателями... Такое размывание границ между мыслями и высказываниями об убийстве или самоубийстве и действительными намерениями, т.е. между модусами возможного и реального, — было бы признаком характерного непрофессионализма робота-обывателя, так как эти явления разделяет огромная дистанция. А профессионализм состоит не в многознании, а в знании типовых ошибок в своем предмете и минимизации их на уровне профессиональной интуиции.

Как мне кажется, Шекли придумал великолепную модель полезной идеи, которая, будучи доведена до абсурда, оборачивается своей противоположностью. На протяжении своей истории человечество много раз могло убедиться в универсальности этой модели и — по мере сил — старалось избежать абсолютизации даже самых прогрессивных идей (например, всегда

было интуитивно ясно, что заповедь “не убий” действует лишь в определенных границах). К сожалению, остановиться вовремя удается не всегда.

Вряд ли можно назвать полезной идею передать роботу столь ответственную функцию, как прогноз убийств и, таким образом, изоляцию убийц. У Шекли это явная антиутопия, а не апология, так как до абсурда довел идею сам робот. Однако, верно, что главная беда — империализм собственного взгляда, но здесь важно добавить, что борясь с абсолютизацией любого подхода, мы тем самым боремся с релятивизацией. Если, например, вслед за В. Г. обратиться к его примеру св. заповедей, то для меня “всегда было интуитивно ясно”, что заповедь “не убий” сильнее других заповедей, а не равна им.

Попробуем разобраться, какое отношение имеет все сказанное к психиатрии.

Общезвестно, что за психиатрической помощью обращаются далеко не все, кто в ней нуждается. Число тех, кто обращается, а также клиническая и социальная характеристика этой группы зависят от многочисленных условий, существующих в данном месте и в данное время. К этим условиям относятся и особенности организации помощи, и ее эффективность, и отношение общества к психически больным, и даже представление врачей о границах компетенции психиатра (заметим, кстати, что именно от изменения этих условий — а вовсе не от истинного роста заболеваемости! — зависит многократное увеличение числа наших пациентов на протяжении последних ста лет).

За последние полтора десятка лет в России многие из подобных условий принципиально изменились. Напомню, что в Советском Союзе не существовало закона, регламентирующего порядок оказания психиатрической помощи; его роль играли ведомственные

инструкции, которые вследствие государственной монополии на психиатрическую помощь единообразно применялись во всей стране. Проблема этической модели, в рамках которой строятся отношения между врачом и пациентом, как правило, не обсуждалась; однако такая модель, разумеется, существовала, формируясь отчасти стихийно, а отчасти под влиянием господствовавшей в то время идеологии. Она была, несомненно, патерналистской; интересы государства имели очевидный приоритет перед интересами больного; принципиальная бесплатность помощи и положение врача — государственного служащего вносила отчетливый бюрократический оттенок в его отношения с пациентом. Важнейшим следствием всего этого был тот факт, что психически больные стигматизировались и обществом, и государством как единая социальная группа; соответствующий ярлык заключался просто в том, что человек лечится у психиатра или, согласно распространенному речевому штампу, что “он состоит на учете в ПНД”.

Сочетание всех этих условий привело к последствиям, из-за которых психиатрия в СССР была названа “тоталитарной”. Психиатр нес ответственность перед государством (в лице своего начальства) за любые неприятности, связанные с поступками его пациента, — и совершенно неважно, шла ли речь о бредовом поведении или просто о жалобах на качество коммунального обслуживания. Поэтому вся жизнь любого психически больного тщательно контролировалась, а некоторые возможности — например, туристическая поездка за границу — полностью исключались, опять-таки: для всех, кто “состоит на учете”.

Эпидемиологические следствия этих условий заключались в том, что больные, страдавшие непсихотическими расстройствами, в то время практически оставались без помощи. Люди всячески избегали обращения в диспансеры; понятно, что сделать это было тем легче, чем легче была болезнь; поэтому доля больных, страдавших непсихотическими расстройствами, составляла менее одной трети пациентов психиатрических учреждений СССР и около 10% таких больных, имевшихся в населении.

В современной России уже много лет действует первый в ее истории закон о психиатрической помощи; психиатрам разрешена частная практика, и у больных появилась реальная возможность выбирать, где им лечиться; разрушен (хотя бы формально) институт “психиатрического учета”; широко обсуждается этическая модель взаимоотношений психиатра и его пациента; появилось реальное общественное движение, как среди профессионалов, так и среди “потребителей психиатрической помощи”. Все эти “частности” имеют непосредственное отношение к такому важнейшему социальному явлению, как защита гражданских прав лиц с расстройством психического здоровья. Россия стала участником глобального движе-

ния, направленного на улучшение качества жизни психически больных.

Эпидемиологические последствия этих перемен не замедлили проявиться, — уже в первые постсоветские годы число пациентов, обратившихся за помощью в связи с непсихотическими расстройствами, стало заметно расти, и эта тенденция продолжается. Однако тогда же возникла и другая тенденция, которая тоже продолжается до настоящего времени и вызывает глубокую озабоченность.

Наши собственные исследования, проведенные еще в первой половине 90-х годов, обнаружили сокращение числа наблюдаемых ПНД больных с психозами, а некоторые категории больных (например, страдающие паранойяльным бредом) исчезли из поля зрения психиатров практически полностью. Нет никаких сомнений в том, что это связано с принципиальной добровольностью обращения за психиатрической помощью, которую провозгласил Закон и поддерживают все правозащитные организации. Боюсь, что это не единственное и даже, возможно, не важнейшее отрицательное следствие абсолютизации этого принципа. Мы сталкиваемся здесь с той самой угрозой, о которой предупреждал Роберт Шекли.

Фактически показывая, что эпидемиологические показатели отражают не столько действительную картину психической заболеваемости, сколько отношение к психически больным, систему их учета и организации психиатрической помощи, автор все же вводит молодого читателя в заблуждение, когда пишет, что он “обнаружил” сокращение больных с психозами, наблюдаемых в диспансерах, в начале 90-х годов, не упоминая, что тогда (1989 – 1991 гг.) с психиатрического учета было снято около миллиона человек. Это ли не признание гипердиагностики как раз тех психиатрических диагнозов, которые ставились диссидентам, — паранойяльное развитие личности и паранойяльный бред в рамках вялотекущей и малопрогредиентной шизофрении. Однако, как наследник традиций школы А. В. Снежневского, автор преподносит это как чисто отрицательное явление. Между тем, даже одна только крайне низкая курбельность этих психических расстройств делает естественным резкое снижение их представленности в психиатрических стационарах. Но их достаточно в стационарах принудительного лечения. Это больные с обвинительным бредом ревности, сексуального преследования, развращения детей, больных с религиозным бредом, реформаторским бредом и т.д.

Поговорим об этом более подробно.

Несколько лет тому назад в Москве мы выполняли совместное исследование с коллегой из США (не хочу без разрешения называть ее имя). Понятно, наши беседы не ограничивались служебными темами, и вот однажды она рассказала, что ее родная сестра страдала депрессией, категорически отказалась лечь в больницу и погибла, совершив суицид. Я ахнул и спросил,

не лучше ли было положить ее в больницу насильно — ведь она осталась бы жива и выздоровела бы. “Как можно, — плача, сказала коллега. — Она не хотела в больницу. Это был ее выбор”.

Мой школьный друг, известный литератор, историк и диссидент Анатолий Якобсон повесился в Израиле по той причине, что посетивший его психиатр констатировал депрессию и посоветовал лечь в больницу, а Толя отказался. Разумеется, это тоже был “его выбор”.

Примеры с А. Якобсоном и сестрой американской коллеги при всем своем ярком драматизме лишены клинической конкретности и поэтому неубедительны для профессионала. Не факт, что они таковы, как здесь поданы, что из них следует то, что автор пытается доказать. Неужели корректно говорить, что в американском законодательстве о психически больных не существует принудительного стационарирования в случаях “непосредственной опасности для себя и окружающих”? Или это не из международного правового минимума? Автор использует эмоциональный накал этих драматических историй, чтобы расширить недобровольное стационарирование намного больше, чем в ст. 29 “а” — “б” — “в”. Отсюда резинковые формулировки: “может убить” вместо “непосредственно опасен”. Вот это — по Шекли. Вероятное отождествляется с высоковероятным. Я приведу случай из своей практики, один из тех, которые производят внутреннее потрясение. Молодой успешный бизнесмен, умница и на редкость теплый душевный человек, сам от природы психотерапевт, лечивший у меня свою жену, как-то примчался сам за советом: резко изменившаяся конъюнктура рынка делала его банкротом, крупным должником и пускала с семьей по миру. Никакой психопатологии не было. Он метался в поисках срочного выхода, но выхода не было, и он покончил с собой. Это, по крайней мер, выручило его семью. Риск суицида, конечно, был, но не имел отношения к психиатрии. Это была именно свобода выбора в реальной жизненной ситуации.

Опыт многих развитых стран — тех же Соединенных Штатов в первую очередь — говорит, что многочисленные армии бездомных в этих странах по большей части состоят из тяжелых психически больных. Этих людей не помещают в больницу, потому что они этого не хотят; недобровольная госпитализация невозможна, пока не нарушен никакой закон; жить на улице в голоде и грязи — это “их выбор”.

Все эти — и подобные им — случаи и ситуации обсуждались множество раз и мной, и моими коллегами, и юристами, и правозащитниками, и самими пациентами, и их родственниками. Чаще всего они признаются ужасными, однако — иногда молчаливо, иногда вслух — считаются неизбежной платой за утверждение высшего приоритета, — прав человека.

И лишь некоторые осмеливаются позволить себе усомниться в разумности подобной позиции.

Перед тем, как перейти к дальнейшей аргументации, считаю необходимым еще раз подчеркнуть, что психически больные и психические расстройства бывают разные.

Это на первый взгляд банальное утверждение нуждается в том, чтобы его повторяли снова и снова. Мы ругаем советскую систему психиатрической помощи за то, что она держала всех психически больных на учете; что никому из них не разрешали поехать за рубеж или отдохнуть в санатории. “Как же так можно, — говорим мы теперь. — Больные бывают разные, и некоторые действительно должны быть на активном диспансерном наблюдении, но другим достаточно оказывать лечебно-консультативную помощь”. Мы теперь так хорошо понимаем, что больные бывают разные, что даже вопрос о вождении автомобиля (и о праве владеть оружием, и о возможности выполнять ту или иную работу) решаем индивидуально — доктор должен посмотреть больного и на основании оценки его состояния принять решение.

Почему же, учитывая, что мы это знаем и понимаем, мы, защищая гражданские права, говорим обо всех больных скопом? Почему любой больной, вне зависимости от его состояния, волен решать, согласен он на психиатрическое освидетельствование или нет, хочет он лечиться или нет, готов он лечь в больницу или нет?

Больного, совершившего в состоянии психоза тяжелейшее противоправное деяние, не наказывают: “он не мог отдавать себе отчет в своих действиях и руководить ими”. Иначе говоря, мы признаем, что опасное поведение больного было всего лишь симптомом его психоза, а не сознательными поступками, продиктованными злой волей. Почему же, если тот же самый больной в точно таком же состоянии не совершил ничего ужасного, а просто отказался от лечения (от психиатрического осмотра, от госпитализации), мы вдруг полагаем, что это есть выражение его свободной воли, с которым обязаны считаться все порядочные люди? Есть в этом хоть какая-нибудь логика?

Да, здесь есть логика. “Защищая гражданские права, мы говорим обо всех больных скопом” потому, что такова природа самого права. В отличие от этики, право в принципе формально и не-индивидуально. Все люди, здоровые и психически больные, имеют равные права. А вот научный подход в медицине отдает приоритет индивидуализации.

Вас возмущает “нелогичность” того, что опасное поведение больного рассматривается как симптом его психоза, а его отказ от лечения — это его право, с которым следует считаться. Но тогда Вы посягаете на первоосновы права, согласно которым свобода ограничивается лишь в пределах, где она нарушает права кого-то другого. Нельзя релятивизировать и стирать разницу между опасным и неопасным поведением, отказывая в праве на выбор типа терапии из предложенных альтернатив. Если же вы

можете доказать, что без предлагаемого лечения опасность высоко вероятна, то на это есть пункт “в” ст. 29, так же, как пункт “а” этой статьи для ограничения свободы выбора больных, представляющих непосредственную опасность для себя и окружающих. То есть, в имеющемся законе все это предусмотрено.

Логика здесь нет никакой, но есть причины, по которым общество в данном случае предпочитает быть нелогичным. Они, эти причины, примерно одинаковы во всем мире: это, во-первых, уважение к правам человека, во-вторых, недоверие к психиатрам. Различие касается только приоритетов. В одних странах (например, в США) принцип свободы личности традиционно господствует в общественном сознании, и все, что ему противоречит, отвергается. Не мне судить, можно ли (и нужно ли) изменить подобную ситуацию. Некоторые американские психиатры многие годы терпеливо разъясняют людям, что такое психоз и что в этом состоянии происходит со свободой воли, но, очевидно, пока не добились заметных успехов. Мой покойный друг, доктор Левит, который после переезда в США много лет работал в тамошней психиатрической больнице, рассказывал, как он проиграл в суде дело, связанное с недобровольной госпитализацией. Она была произведена в связи с тем, что больная жила в нарисованной мелом на тротуаре квартире, пользуясь по прямому назначению всеми ее помещениями. Судья доброжелательно разъяснил доктору Левиту, что в штате Нью-Джерси нет закона, который бы запрещал людям жить в нарисованной квартире, и поэтому нет никаких оснований помещать в больницу ее обитательницу, если сама она об этом не просит.

Усмотрение “отсутствия логики” в законе о психиатрической помощи якобы позволяет Вам пенять в качестве причины нелогичности на уважение к правам человека. Высмеивая господствующий в США принцип свободы личности, Вы приводите яркий пример д-ра Левита. Но не проще ли увидеть, что д-р Левит действовал в привычных для себя патерналистских традициях советской школы, не имевшей ни закона о психиатрической помощи, ни правовой традиции, а изучить закон штата Нью-Джерси не позаботился. Наконец, нетрудно продлить этот пример дальше: с таким же успехом можно принудительно стационарировать и за многие другие чудачества и вырвавшую нестандартность.

Но главное, — это тот факт, что все приводимые Вами примеры: с д-ром Левитом, с А. Якобсоном, с Вашей коллегой — не примеры вовсе, а лишь обозначения неких коллизий. Вы справедливо призываете более углубленно относиться к тому, что “все больные — разные”, т.е. к индивидуализации, но сами вместо феноменологических, т.е. индивидуально-конкретных примеров приводите обобщенный эскиз типовых ситуаций.

В других странах (там, где так называемое антипсихиатрическое движение добилось успехов) на пер-

вом месте находится недоверие к психиатрам. Ведь разобраться в состоянии больного, решить, является ли отказ от лечения сознательным выбором свободного человека или симптомом психического расстройства, может только психиатр. Следовательно, отказ от абсолютизации принципа добровольности обращения за психиатрической помощью означает, что психиатрам дано право решать вопрос об ограничении свободы человека. И тут задается вопрос — а вдруг не все психиатры достаточно честны и компетентны?

Идея, согласно которой психиатры — негодяи, мечтающие засадить как можно больше народу в сумасшедшие дома, является основным лозунгом “антипсихиатров”. Насколько мне известно, самых больших успехов они добились в Италии, где уже много лет назад принят печально знаменитый закон № 180. В соответствии с этим законом психиатрические больницы закрыты (потому что “они все равно, что тюрьмы”), а стационарную психиатрическую помощь оказывают в небольших отделениях при обычных многопрофильных больницах. Срок госпитализации в такие отделения ограничивается двумя неделями (дальнейшее лечение должно проводиться “в сообществе”). По свидетельству Марии-Луизы Зардини, активного члена итальянской ассоциации родственников психически больных А.Р.А.Р., это привело к тому, что большинство тяжелых хронически больных находится не во “все равно, что тюрьмах”, а просто в тюрьмах.

В начале 90-х годов в Научном центре психического здоровья РАМН состоялся очень интересный российско-американский симпозиум. Его участники согласились с тем, что советская и американская системы психиатрической помощи, будучи противоположны по своим юридическим и нравственным основам, привели к сходному результату: в обеих странах без необходимого лечения остаются большие группы больных. В СССР это были преимущественно больные с пограничными расстройствами, в США — тяжелые психотические и дементные больные. Участники симпозиума решили, что при совершенствовании психиатрической помощи не стоит повторять ошибки друг друга. Однако, похоже, что все последние годы мы именно этим и занимаемся.

Говорить, что “советская и американская системы психиатрической помощи противоположны по своим... нравственным основам” явная передержка. После такого заявления нельзя поверить в уважение прав человека. И действительно, проф. В. Г. Ротштейн относит себя к числу тех немногих, кто “осмеливается” усомниться, что утверждение прав человека в качестве высшего авторитета стоят тех накладок, которыми неизбежно сопровождаются, — “армиями бездомных”, хотя признают, что у нас эти армии тоже есть, но по другой причине. Он даже называет “уважение к правам человека” первой причиной нелогичности поведения общества, ко-

торое избегает профилактического стационарирования потенциально опасных больных. Мы можем только удивиться этим заявлениям. Сегодня — подавляющее большинство, а при советской власти — абсолютное большинство граждан, считают, что права человека ничего не стоят. Собственно для России за всю ее историю всегда характерным было именно такое отношение к праву вообще, — слишком явно оно не исполнялось. Наконец, права человека постоянно подвергаются попыткам растворения и релятивизации, напоминая борьбу язычников с единобожием, тем более, что права человека выполняют функцию “гражданской религии”. Так что использовать слово “осмелиться” довольно комично, тем более, что соответствующий пример показала главный психиатр страны в многотиражной книге “Альянс права и милосердия”, претендующей превзойти Всеобщую Декларацию прав человека, которой “не хватает милосердия”.

Мы признаем право психотического больного отказываться от лечения совсем не по тем причинам, что американцы, и не потому, что антипсихиатры в России так уж влиятельны.

Не постесняемся сформулировать, почему мы это делаем.

Во-первых, мы очень-очень хотим быть, “как все”. Во всех “нормальных странах” больных госпитализируют принудительно только в том случае, если они опасны. Мы поступаем точно так же, имея в виду, что опасный больной — это тот, который размахивает топором. Если не размахивает, то скорая помощь его не возьмет, как бы родственники ни умоляли об этом.

Во-вторых, мы боимся злоупотреблений — не столько, впрочем, со стороны психиатров, сколько со стороны государства в лице всякого рода чиновничьих структур. И надеемся, что жесткие требования Закона оградят нас от этого зла.

Достигаем ли мы желаемого?

Нет, конечно, — ни первого, ни второго. Если родственники “не опасного” больного в психозе не просто умоляют сотрудников “Скорой” взять его в больницу, а обещают “отблагодарить” их, больного госпитализируют. И позаботятся о том, чтобы больной подписал “согласие”. Как это делается — предмет совсем другого разговора. Получается, что закон не просто не соблюдается (больного-то госпитализировали, хоть он и пытался отказаться); он еще порождает новые злоупотребления.

Что касается злоупотреблений со стороны государства — чтобы Чадаева и иже с ним не объявляли сумасшедшими — то по меньшей мере наивно надеяться, что закон способен их предупредить. Пушкин не зря написал, что “в России нет закона; есть столб, а на столбе корона”. Классик потому и классик, что его высказывания не утрачивают актуальности.

Полагаю, что, дочитав до этого места, читатель начинает терять терпение. Он наверняка хочет спросить

— чего, собственно, добивается автор? К чему он клонит? Чего он хочет?

Вопросы законные, и пора на них ответить.

Я хочу инициировать активное обсуждение затронутых мной проблем — как в профессиональной среде, так и в обществе. Во-первых, мне хотелось бы, чтобы и сложность, и само существование этих проблем были признаны.

“Иницирование” обсуждения затронутых проблем в профессиональной среде происходило неоднократно после 1995 года, когда процесс демократизации пошел вспять и целый ряд членов комиссии по разработке закона о психиатрической помощи начал выражать желание сузить его демократические завоевания и, прежде всего, использовать понятие “опасности” вместо понятия “непосредственной опасности” в п. “а” ст. 29.

Что касается нашего общества, то оно всегда считало, что людей с психическими расстройствами нужно изолировать и держать в изоляции как можно дольше.

Во-вторых, мне хочется, чтобы мы перестали лукавить перед самими собой и раз навсегда громко заявили бы, что психические расстройства на самом деле бывают разные, и что существуют состояния, при которых высказывания больного не могут расцениваться, как проявление свободной воли. И если после этого мы все-таки решим, что и психотические больные должны лечиться только добровольно (за исключением определенных ситуаций, но не о них сейчас речь), то я бы хотел, чтобы мы четко и правдиво сформулировали, по каким причинам мы приняли подобное решение.

Разумеется, мне бы хотелось, чтобы действующий Закон был усовершенствован. Мне кажется, что пришло время взвесить все плюсы и минусы, полученные в результате его применения, и подумать о том, как быть дальше — как добиться, чтобы не выглядеть лучше, а стать лучше на самом деле.

Сейчас готовится новая реформа системы психиатрической помощи. Самое время подумать...

Получив этот текст для журнала, я был поражен заглавием, выражающим его основную идею. Дело в том, что лет 10 назад мы резко разошлись в приватном споре по вопросу о том, возможна ли объективная экспертиза в раскаленной атмосфере. Я утверждал, что — возможна. Владимир Григорьевич категорически отрицал это. В последующем, в деле полковника Ю. Буданова мы все увидели, как Центр им. Сербского, а вслед за ним весь генералитет нашей психиатрии подтвердили правоту Владимира Григорьевича. Атмосфера была раскалена до такой степени, что речь шла уже не о простом давлении, а об опасности для ревнителей правового пуризма. До последнего градуса не доходило лишь потому, что в закулисье не было единодушия, а шло перетягивание каната двух противоположных партий.

Поэтому и было шесть экспертиз, а не две. В этой атмосфере не было желающих принять участие в экспертизе по своей воле. Коллеги, обремененные высоким положением, были в наибольшей мере несвободны. Даже среди перешигнувших 75-летний возраст, таких были единицы. Мне дорого стоила честная позиция в этом деле. В результате, было ясно показано, что хотя такая позиция и возможна, но это далеко не типичный случай.

Поэтому я изумился позиции Владимира Григорьевича в данном тексте: он предлагает нам обсуждать изменения к закону в современной обстановке. Это значило бы загубить закон, который в целом заслужил одобрение правоведов и у нас, и за рубежом. Впрочем, В. Г. критически относится и к закону, и к правам человека.

В современных условиях необходимо, с нашей точки зрения, всемерно защищать закон от попыток пересмотра. В законе уже есть все, что нужно в отношении проблемы опасности.

Такова наша исходная позиция, которой мы ничего не предопределяем, а лишь обозначаем, и которую

аргументируем в открываемой дискуссии. Мы представим место любым мнениям.

Что касается клинического, т.е. собственно профессионального существа проблемы опасности лиц с психическими расстройствами, то он лежит в конкретном анализе каждого больного или девианта. Намного содержательнее обсуждать проблему опасности, идя от конкретных лиц с психическими расстройствами в своем собственном клинико-психопатологическом аспекте, не подменяя юридический и другие аспекты рассмотрения. Только тогда максима “больные бывают разные” обретает смысл. Для этого в разделах “Хроника” двух последних выпусков нашего журнала приведены некоторые материалы относительно дел Ларисы Аран (Мурманск), Ольги Поповой (Москва), Андрея Новикова (Рыбинск). Проблема опасности этих трех получила даже международный резонанс. Я не перестаю надеяться, что В. Г. откликнется на дискуссию предметно на примере Поповой, которую он неоднократно консультировал.

Место культуры в судебной психиатрии¹

Л. Кирмайер, С. Руссо, М. Лешли (Монреаль, Квебек, Канада)²

Последние годы отмечается активизация дискуссий о месте культуры в правовой системе. И практикующие юристы, и представители академической среды высказали доводы как “за”, так и “против” использования культуры в качестве защиты в уголовном процессе [1, 2]. Внимание к культуре является существенным для понимания истоков поведения обвиняемого и роли волевых побуждений и умысла в его поступках. В более широком социальном аспекте чувствительность права к различиям между культурами

может внести вклад в построение плюралистического общества, способного гармонично вмещать в себя ценностные различия, важные для культур его составных частей [3]. Свидетельством этому является, например, работа по совершенствованию, как обычного права, так и уважающего традиционные ценности согласия и взаимосвязи между людьми способа отправления правосудия, принятого среди канадских аборигенов, и включающего в себя обсуждение наказания между правонарушителями, потерпевшими и членами общины [4, 5].

Те, кто поддерживают использование культуры в качестве защиты [от уголовного наказания], утверждают, что, в сущности, это несправедливо — судить человека, основываясь исключительно на неизвестных ему общественных нормах и ценностях. Более того, поскольку культура формирует личностную идентичность, эмоциональные реакции и шаблоны мышления, можно ожидать, что она влияет на мотивацию и умысел в ситуациях, включающих в себя преступные деяния. С учетом аргументации, касающейся обсуждения роли произвольности и умысла в процессе установления виновности правонарушителя, внимание к

¹ Статья впервые опубликована на английском языке в The Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law 35: 98 – 102, 2007.

Американская академия психиатрии и права любезно дала свое разрешение на перевод и публикацию статьи, однако просила при публикации указать, что ни ее представители, ни автор не проверяли перевод на соответствие английскому тексту статьи. Ответственность за это несут переводчик д-р В. В. Мотов и редакция НПЖ.

² Laurence J. Kirmauer, MD, профессор и директор отдела социальной и транскультуральной психиатрии McGill University; Cécile Rousseau, MD, MSc, доцент того же отдела McGill University; Myrna Lashley, PhD, профессор отдела психологии John Abbott College, Монреаль, Квебек, Канада.

культуральным факторам представляется естественным в справедливой системе правосудия.

Противники такого плюралистического взгляда утверждают, что использование культуры в качестве защиты [в уголовном процессе] несет в себе опасность. Применение противоречивых или спорных стандартов подрывает объективность судебной системы: преступления, которые не осуждаются местными культурными традициями, не будут наказаны, в результате целые группы населения подвергнутся стигматизации в связи с тем, что не придерживаются моральных и юридических норм, которых придерживается остальное общество. Защитники универсальных прав человека отмечают важность четко сформулированных стандартов, которые должен соблюдать каждый человек и которые должны применяться к каждому человеку, подвергающемуся суду [6, 7].

Эти непрекращающиеся юридические дебаты в обществе, вмещающем в себя множество различных культур, находят свое отражение в судебной психиатрии, где специалистов могут попросить дополнить их обычную психиатрическую оценку анализом социальных и культуральных факторов, которые могут объяснить с учетом особенностей среды поведение лиц, обвиняемых в совершении преступлений. Voehnlein и коллеги указывали на сложность этой сферы и высказали предположение, что рассмотрение культуральных факторов на стадии вынесения приговора может вызвать меньше возражений, чем использование культуры как защиты на стадии установления вины [8]. В таком случае установление факта преступного деяния отделяется от вопросов, касающихся степени выраженности преступных намерений и адекватности наказания. Внимание к роли культуры может также оказать помощь в выборе наиболее подходящих реабилитационных мероприятий.

Оценка влияющих на поведение факторов культуры может быть произведена психиатром или психологом, знакомым с языком и культурным окружением пациента, либо имеющим доступ к переводчику или культуральным посредникам [9, 10]. Сведения о культуре в Приложении 1 к DSM-IV создают основу для систематизации культуральной информации, имеющей отношение к психиатрической оценке, и хотя не предназначались для этой цели, могут использоваться в судебно-психиатрическом контексте [11, 12, 13]. В поддержку важности учета культурного фона Voehnlein и коллеги привели пример оказавшегося перед угрозой смертной казни беженца из Кампучии — случай, когда массивная травматизация в период формирования личности, очевидно, способствовала совершению уголовного преступления. Решающие факторы, оказавшие в данном случае влияние на приговор, были связаны с воздействием перинатальной травмы (гипоксия мозга и последующее его повреждение, результатом чего явилась плохая успеваемость в школе и импульсивность) и организованного насилия (про-

являющего себя многими путями: прямо — как причина физической и психологической травмы; а также нарушая процесс воспитания в семье и способность к социализации).

Уменьшенная виновность людей с явными когнитивными нарушениями давно признается правом и учитывается при вынесении судебных решений [14]. Такие решения, принятые в последнее время в Соединенных Штатах и запретившие использование смертной казни в отношении лиц с отставанием в умственном развитии, отражают фундаментальный принцип справедливости [15]. Voehnlein и коллеги, обсуждая приводимый ими случай, отмечают, что вопросы культуры возникают, главным образом, тогда, когда речь заходит об адекватном применении “культурно — беспристрастных” и поддающихся интерпретации методов нейропсихологического тестирования или клинической оценки, а также при работе с переводчиками [8]. Эти вопросы являются важными, имея в виду, что надежных тестовых инструментов, чувствительных к факторам, связанным с принадлежностью человека к определенной культуре, для людей из многих культур не существует, а большинству клиницистов недостает подготовки и опыта для работы с переводчиками или культуральными посредниками. Однако эти технические проблемы имеют очевидные решения, включая изменения в программах профессиональной подготовки и аккредитации.

Ознакомление судей и присяжных с информацией, касающейся культуры, может сыграть существенную роль в улучшении функционирования судебной системы.

Стоит спросить, однако, являются ли некоторые социальные и культуральные факторы настолько привычными или само собой разумеющимися, что не признаются или не учитываются при объяснении причин криминальных действий? Получит ли молодой афроамериканец, выросший в городском гетто и подвергавшийся многократным травмам и насилию, более мягкий приговор, если “культуральный” психиатр или психолог предоставит опытным путем установленную информацию о том, каким образом воспитание и окружающая обстановка влияли на его поведение?

Культуральный психиатр мог бы с определенностью утверждать, что люди, систематически подвергавшиеся дискриминации, результатом чего явилось формирование у них когнитивных расстройств, должны получать некоторое смягчение приговоров. В подобных обстоятельствах, однако, психиатр может столкнуться со значительным сопротивлением со стороны тех, кто считает неравенство в американском обществе, обусловленное принадлежностью в определенной культуре (вытекающее из истории расизма и рабства), естественным или даже возлагает ответственность за это длительно существующее неравенство на жертв наследия исторической несправедливости [16]. Такое расхождение в реакциях людей на убе-

дительную историю пережившего геноцид человека, приехавшего сюда из далекой страны, и знакомая картина еще одной, живущей в соседней стране жертвы несправедливой социальной системы, указывают на опасность отношения к “культуре”, как концепции, игнорирующей социальные, политические и экономические факторы, порождающие структурное насилие.

Культуральная психиатрия должна уделять внимание и культуре хорошо знакомой, и, в особенности, взаимодействию между ценностями доминирующего сообщества и тех местных сообществ и индивидуумов, которые систематически ставятся господствующей идеологией и общественными институтами в невыгодное положение. Концентрацию внимания к культуре на культуре “другого” следует дополнить основой для оценки, охватывающей вопросы, относящиеся к социальным ограничениям определенных групп, истории их миграции, и, в особенности, их позиции в отношении идеологии и практики доминирующей культуры американского общества. В случае Соединенных Штатов необходимо учитывать широко распространенное влияние расизма и его наследия на благополучие людей и функционирование системы уголовного судопроизводства.

Хотя большая часть дискуссий, касающихся культуральных факторов в судебной психиатрии, концентрируется на проблемах этнических и расовых групп, стоит отметить, что система уголовного судопроизводства сама по себе является культуральным институтом, основывающимся на специфических концепциях, перспективах и ценностях, которые могут находиться не в полной гармонии с другими культурными традициями. Такая дисгармония имеет место в отношении к смертной казни, практикуемой лишь в одной из стран Запада — США. Для объяснения живучести смертной казни, которую так много стран считают морально неприемлемой, необходимо адресоваться к специфике культурных ценностей и установок американского общества.

КУЛЬТУРА И КОНТЕКСТ

Обсуждение значимости культурного фона и опыта при выборе наказания поднимает ряд сложных теоретических и практических вопросов.

В какой степени принадлежность правонарушителя к определенной культуре обосновывает ссылки на (1) уменьшенную способность осуществлять моральное разграничение между правомерным и неправомерным поведением, (2) отсутствие криминального умысла или намерения или (3) другие смягчающие обстоятельства, могущие повлиять на приговор? Ответ на каждый из этих вопросов до некоторой степени различен.

Способность к моральным оценкам зависит не только от отсутствия нарушений в когнитивно-эмоциональной сфере, но и от усвоения неписанных правил и

системы ценностей, контролирующей мораль местного сообщества. Исключая наиболее тяжкие преступления, наказанием за которые может быть смертная казнь, ценностные различия, существующие в разных культурах, легко признаются. Например, у подвергавшегося насилию человека из-за сужения внимания и интенсивных эмоциональных переживаний может нарушиться способность осмысливать последствия своих действий.

Произвольные поступки формируются на основе сложной матрицы социальных, психологических и биологических процессов, каждый из которых может связывать прошлый опыт с настоящим поведением. Культуральные различия в воспитании детей и концепциях личности могут вести к различиям в эмоциональных переживаниях, самоконтроле, объяснении поступков [17]. Всякий исчерпывающий анализ истоков поведения, таким образом, должен включать в себя культурное измерение. Эта необходимость в особенности справедлива в отношении мотивации, произвольных желаний, умысла и контроля, являющихся решающими факторами при установлении степени вины за действия, причиняющие вред, и выборе соответствующего метода социального реагирования.

И социальный, и психологический анализ наводят на мысль, что существует множество ступеней произвольности и контроля поведения — ключевых элементов при оценке степени сформированности умысла [18]. Нам необходимо детальное понимание роли культуры в процессе когнитивной деятельности, как в норме, так и в патологии, чтобы понять, когда и при каких обстоятельствах правонарушители могут быть частично оправданы с учетом того, что культура, к которой они принадлежат, оказала [негативное] влияние на их способность сформировать преступный умысел или управлять своим поведением.

Во многих случаях речь идет не о том, что определенное деяние было совершено и не о степени сформированности умысла или контроля [поведения], но о том, насколько важен и значим смысл данного деяния для лица, его совершившего. Культура облекает проблемы в определенную форму и знакомит нас с категориями и концепциями, благодаря которым мы систематизируем и понимаем наши собственные поступки.

Например, мама — японка, пытающаяся убить своего ребенка и себя, возможно, следует культурной модели *otaku* (совместный суицид), т.к. согласно данным культурным представлениям жизни матери и ребенка взаимосвязаны [19]. Умысел в таком случае — не убийство, как самостоятельный акт, но завершение суицида, в который ребенок включен как продолжение матери. Понимание этого имеет значение для оценки вины и вероятности совершения других актов насилия в будущем.

Дополнение поступков человека культуральным контекстом делает его поведение и суждения более понятными. В итоге, это помогает судье воссоздать в

своем воображении аффективную логику культурного мира обвиняемого [20, 21]. Более активное соперничество может способствовать лучшему пониманию основ поведения данного лица; в свою очередь, такое понимание способно повлиять на оценку его/ее виновности. Какое значение следует придавать страданиям личности и общества при оценке степени ответственности данного человека? По этому вопросу существует широкий спектр точек зрения. Некоторые утверждают, что люди, подвергавшиеся издевательствам и избирательной и несправедливой дискриминации, не могут признаваться в полной мере ответственными за свои последующие действия. В какой степени мы осознаем, что издевательства и мучения изменяют способность человека правильно, ясно и глубоко воспринимать окружающее, формировать намерения и контролировать свое поведение, в той же степени мы можем желать смягчения наказания. Однако сама жизнь в травмирующей и неблагоприятной социальной среде *per se* не может быть достаточной причиной для изменения приговора. Должно быть доказано, что неблагоприятные факторы оказали прямое негативное влияние на способность человека формировать и реализовать преступный умысел и осуществлять контроль своего поведения.

КУЛЬТУРАЛЬНОЕ ПОНИМАНИЕ ИЛИ РАСОВОЕ СТЕРЕОТИПИРОВАНИЕ?

Поскольку все мы принадлежим к той или иной культуре, проблемы, связанные с культурой стоят не только перед представителями каких-то определенных этнических групп, но являются общими. Социальные и культуральные составляющие могут быть обнаружены в основе всякого поведения, действия или события. Почему же тогда культуральные объяснения должны предлагаться только в некоторых случаях? Определенно, это имеет отношение к допущению, что право уже основывается на некоем запасе молчаливо признаваемых культуральных знаний, разделяемых всеми, имеющими общую культурную основу. Это знание культурного фона является частью как повседневного морального мышления, так и формального понимания права, — в обоих случаях используется аргументация, основывающаяся на вербальных моделях или шаблонах [22]. Такие речевые шаблоны, обычно, представляют ценности и перспективы доминирующей культуры просто в качестве здравого смысла и, таким образом, скрывают культурный контекст моральной и правовой аргументации [23]. Отношение к культуре строится на принципах тождества и исключения. Определенные лица или общественные группы опознаются как “другие” в соответствии с историей, нормами и ценностями доминирующего общества и его институтов. Поэтому полное понимание их поведения возможно лишь в контексте той ку-

льтуре, к которой принадлежат упомянутые лица или группы.

Утверждение, что культура влияет на поступки людей или формирует поведение, не только проливает свет на некоторые исторические и контекстуальные источники поведения, но также изолирует и разделяет общественные группы. По самой своей сути объяснения с точки зрения культуры являются объяснениями действий отдельного человека с позиции коллективных ценностей и опыта. Использование культуры как защиты [от уголовного наказания] хотя и направлено на выявление коллективных корней в “самости” индивидуума, его опыте, поступках, может, тем не менее, способствовать усилению стереотипов в отношении целых групп или сообществ и стигматизировать их [16].

Например, в 1988 г. в [канадской провинции] Квебек, судья Monique Dubreuil приговорила двух мужчин, обвинявшихся в групповом изнасиловании молодой женщины к 100 часам общественных работ и 18 месяцев домашнего ареста. Обвинение просило от 4 до 5 лет лишения свободы [24]. Основной причиной столь мягкого приговора судьи была “чувствительность к культуре”. И молодая женщина, и правонарушители эмигрировали в Канаду из Гаити, и судья заявила: “Отсутствие сожаления [о содеянном] у двух обвиняемых, мне кажется, в большей степени связано с культурным контекстом, в особенности, касающимся отношения к женщинам, чем с сексуальной проблемой в полном смысле этого слова” (ссылка 24 в переводе автора с французского на английский). Защитники прав женщин, так же как и многие в гаитянской общине Монреаля, были возмущены. В сущности, во имя “чувствительности к культуре” целая социальная группа подверглась стигматизации, и в отношении ее сформировался отрицательный стереотип. Суть проблемы состоит в том, что необходимо найти способ отношения к культуре и сообществу, который бы признавал самобытность, но не допускал стереотипизации и “эссенциализации” (сведения сложности характеристик группы или индивидуума к одной сущностной характеристике) [25]. Такое упрощение может быть достигнуто лишь путем детального анализа, выявляющего связи между прошлым и существующим социальным контекстом и поступками. В своем обсуждении защиты на основании культуры Anne Renteln [2] использует принятый ЮНЕСКО взгляд на культуру, как “традиционную культуру” группы, однако в современном мире большинство людей живут “между культурами”, формируя свои особые гибридные идентичности, в которых их взаимоотношения с землей и отношение к традициям смещены, неопределенны, и часто спорны [26]. Более того, культура сама не может быть понята без учета энергетика взаимоотношений между группами меньшинств и доминирующим обществом.

Подход к культуре с точки зрения энергетической динамики межгрупповых отношений и гибридности препятствует тенденциям отчуждения и стереотипизации “другого” и показывает направления, по которым культура осуществляет свое воздействие: не только трансформируя человеческий мозг [27], но, в еще большей степени, формируя и обосновывая общественные институты и социальные привычки. [28].

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

По мере того как наши страны становятся все более культурно-разнообразными, мы должны быть уверены, что стремление уважать разницу и многообразие культур не приводит к отчуждению “других”. Ложная благотворительность может невольно сделать людей гражданами второго сорта и затруднить их интеграцию в общество. Быть частью мультикультурного сообщества означает подчиняться тем же юридическим правилам, что и остальное общество. Однако, как и в случае оказания психиатрической помощи, истинная справедливость не означает, что всякий человек получает точно то же лечение, что и другой, вне зависимости от способности понимать его необходимость и поддаваться лечению. Для системы уголовного судопроизводства внимание к культуре трансформируется в возможность более эффективного достижения ею своих целей, включая предотвращение правонарушений и реабилитацию. Культуральная информированность должна в равной степени сочетаться с политической дальновидностью, прослеживающей влияние последствий клинических и судебных решений на большое общество. В конечном счете, культура не является чем-то, принадлежащим исключительно человеку, относящемуся к определенной группе социального меньшинства, она пронизывает всю судебную систему.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЕ ССЫЛКИ

1. *Golding M. P.* The cultural defense. *Ratio Juris* 25:146 – 58, 2002.
2. *Renteln A. D.* The Cultural Defence. New York: Oxford University Press, 2004.
3. *Kymlicka W.* Multicultural Citizenship. Oxford, UK: Oxford University Press, 1995.
4. *Ross R.* Returning to the Teachings: Exploring Aboriginal Justice. Toronto: Penguin Books, 1996.
5. *Drummond S. G.* Incorporating the Familiar: An Investigation Into Legal Sensibilities in Nunavik. Montreal, Buffalo: McGill-Queen's University Press, 1997.
6. *Finkelkraut A.* In the Name of Humanity: Reflections on the Twentieth Century. New York: Columbia University Press, 2000.
7. *Ignatieff M.* The Rights Revolution. Toronto: House of Anansi Press, 2000.
8. *Boehnlein J.K., Schaefer M. N., Bloom J. D.* Cultural considerations in the criminal law: the sentencing process. *J Am Acad Psychiatry Law* 33: 335 – 41, 2005.
9. *Kirmayer L. J., Groleau D., Guzder J.* et al: Cultural consultation: a model of mental health service for multicultural societies. *Can J Psychiatry* 48:145 – 53, 2003.
10. *Kirmayer L. J., Rousseau C., Jarvis G. E.* et al: The cultural context of clinical assessment, in *Psychiatry* (ed 2). Edited by Tasman A, Lieberman J, Kay J. New York: John Wiley & Sons, 2003, pp. 19 – 29.
11. American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-IV-TR (ed 4). Washington, DC: American Psychiatric Association, 2000.
12. Group for the Advancement of Psychiatry: Cultural Assessment in Clinical Psychiatry. Washington, DC: American Psychiatric Press, 2002.
13. *Lewis-Fernandez R., Diaz N.* The cultural formulation: a method for assessing cultural factors affecting the clinical encounter. *Psychiatr Q* 73: 271 – 95, 2002.
14. *Verdun-Jones S. N.* Forensic psychiatry, ethics and protective sentencing: what are the limits of psychiatric participation in the criminal justice process? *Acta Psychiatr Scand* 399: 77 – 82, 2000.
15. *Bonnie R. J.* The American Psychiatric Association's resource document on mental retardation and capital sentencing: implementing *Atkins v Virginia*. *J Am Acad Psychiatry Law* 32: 304 – 8, 2004.
16. *Hicks J. W.* Ethnicity, race, and forensic psychiatry: are we color-blind? *J Am Acad Psychiatry Law* 32:21 – 33, 2004.
17. *Markus H. R., Kitayama S.* Models of agency: sociocultural diversity in the construction of Action. *Nebr Symp Motiv* 49: 1 – 57, 2003.
18. *Bennett M. R., Hacker P. M. S.* Philosophical Foundation of Neurosciences. Malden, MA: Blackwell Publishers, 2003.
19. *Takahashi Y., Hirasava H., Koyama K.* et al: Suicide in Japan: present state and future directions for prevention. *Transcult Psychiatry* 35: 271 – 89, 1998.
20. *Kirmayer L. J.* Failures of imagination: the refugee's narrative in psychiatry. *Anthropol Med* 10: 167 – 85, 2001.
21. *Kirmayer L. J.* Empathy and alterity in cultural psychiatry. *Ethos*, in press.
22. *Bruner J.* Making Stories: Law, Literature, Life. New York: Farrar, Straus and Giroux, 2002.
23. *Geertz C.* Local Knowledge. New York: Basic Books, 1983.
24. *Bilge S.* La ‘différence culturelle’ et le traitement au pénal de la violence à l'endroit des femmes minoritaires: quelques exemples canadiens. *Int J Victimol* 3, 2005. Available at <http://www.jidv.com/BILGE-S-JIDV2005.10.htm>. Accessed January 2, 2007.
25. *Appiah A.* The Ethics of identity. Princeton, NJ: Princeton University Press, 2005.
26. *Eriksen T. H.* Between universalism and relativism: a critique of the UNESCO concept of Culture, in *Culture and Rights: Anthropological Perspectives*. Edited by Cowan JK, Dembour M-B, Wilson RA. Cambridge, UK: Cambridge University Press, 2001, pp. 127 – 48.
27. *Wexler B. E.* Brain and Culture: Neurobiology, Ideology, and Social Change. Cambridge MA: MIT Press, 2006.
28. *Kirmayer L. J.* Beyond the ‘new cross-cultural psychiatry’: cultural biology, discursive psychology and the ironies of globalization. *Transcult Psychiatry* 43: 126 – 44, 2006.

Перевод с англ. В. Мотова

Алекситимия: предиктор, признак психосоматизации или личностная характеристика?

И. Э. Секоян¹ (Ереван, Армения)

Ключевые слова: алекситимия, возрастные особенности, личностные типы, депрессия, тревога

Феномен алекситимии рассматривается преимущественно в качестве предиктора и признака психосоматической патологии [1, 7, 9, 11, 13, 16, 25, 26], эмоционального расстройства, ассоциированного с тревогой и депрессией [14, 15, 18, 21, 22], компонента постстрессовых расстройств и психопатологических синдромов [8, 10, 27, 32, 35], как и своеобразной личностной характеристики [17, 19, 20, 23, 29, 33, 34]. На основе существующих представлений о двойственной природе механизмов, лежащих в основе феномена алекситимии и включающих правополушарный (аффективный) и левополушарный (когнитивный) компоненты, выделены ее I и II типы [2, 3]. Описанный впервые Р. Е. Sifneos феномен алекситимии, включает в себя пониженную способность в адекватном восприятии, переработке и вербализации эмоций. Более развернутая характеристика алекситимии — это сложность в проведении различий между чувствами и соматическими ощущениями, бедность фантазии, воображения, большая сфокусированность на внешних событиях, чем на внутренних переживаниях, недостаточно дифференцированные субъект-объектные отношения [12, 30, 31].

Целью исследования явилось изучение возрастных и гендерных особенностей алекситимии у лиц различных возрастных групп и ее взаимосвязи с некоторыми характеристиками эмоционально-личностной сферы.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

В исследование были вовлечены 408 практически здоровых лиц, включая 157 мужчин (38,5 %) и 251 женщину (61,5 %), распределенных по возрастному признаку в три группы.

В I группу вошли 234 респондента в возрасте от 19 до 30 лет, средний возраст $22,7 \pm 2,8$ лет, мужчин — 102 (43,6 %) женщин — 132 (56,4 %).

Во II группу вошли 81 респондент в возрасте от 31 до 50 лет, средний возраст $38,7 \pm 6,2$ лет, мужчин — 25 (30,9 %), женщин — 56 (69,1 %).

В III группу вошли 93 респондента в возрасте от 51 до 65 лет, средний возраст $57,4 \pm 4,4$ года, мужчин — 30 (32,3 %), женщин — 63 (67,7 %).

В I группу респондентов были включены студенты и обучающиеся в сфере постдипломного образования.

Группы II и III были представлены контингентом респондентов интеллектуального профиля деятельности из числа сотрудников, работающих на момент обследования в сфере науки и образования. Все респонденты выразили информированное согласие участвовать в проекте. Использование стандартизированных опросников самооценки позволило обеспечить максимальную степень невовлеченности исследователя в процесс сбора информации. Выбор подходов, соответствующих требованиям, предъявляемым к психометрическим исследованиям [24] и анализу их результатов [28], позволил обеспечить максимально объективную информацию. Все процедуры, связанные с проведением опроса респондентов, кодированием информации, формированием банка данных, хранением первичного материала и результатов его обработки, проведены с соблюдением этических норм [4].

В работе использованы следующие психометрические стандартизированные тесты:

Eysenck Personality Inventory (EPI), предназначенный для изучения личностных характеристик, включающий шкалы для определения ряда параметров: искренность/скрытность (EPI-1), интроверсия/экстраверсия (EPI-2), эмоциональная устойчивость/неустойчивость (EPI-3), темперамент: флегматик, холерик, сангвиник, меланхолик (EPI-4);

Test Rotter, используемый для выявления экстерналистического/интернального типа личности;

Toronto Alexithymia Scale (TAS), для выявления неалекситимического, невыраженного и алекситимического типов личности;

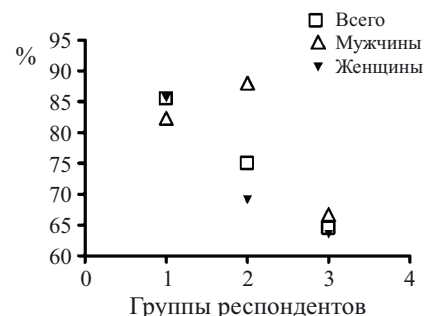


Рис. 1. Процентное распределение респондентов по показателю искренности, согласно результатам тестирования по EPI-1.

¹ Ереванский государственный медицинский университет им. Мхитара Гераци.

Алекситимия: предиктор, признак психосоматизации или личностная характеристика?

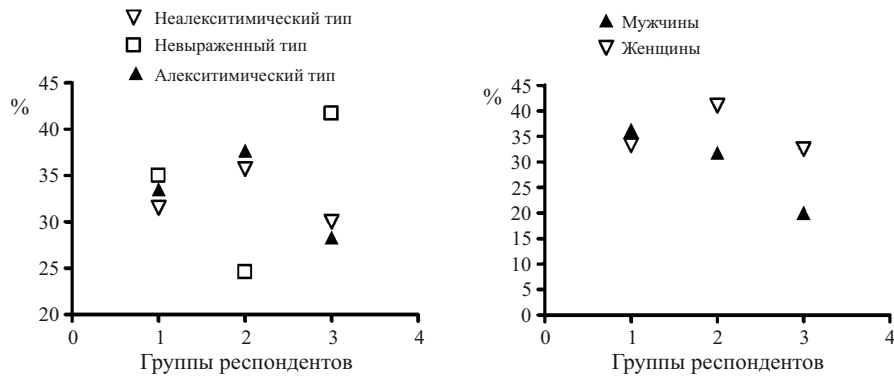


Рис. 2. Особенности возрастного и гендерного распределения алекситимии. Обозначения: слева — распределение респондентов согласно результатам тестирования по шкале TAS, справа — гендерное распределение алекситимического типа личности

State-Trait Anxiety Inventory (STAI), для выявления высокого уровня реактивной тревоги (STAI-I) и личностной тревожности (STAI-II);

Beck Depression Inventory (BDI), опросник дающий возможность дифференцировать легкий уровень депрессии ситуативного или невротического генеза.

Обработка и стандартизированная интерпретация результатов тестирования осуществлялась с помощью компьютерной программы. Для статистического анализа полученных данных использовали программу: STATISTICA 6,0, *Basic statistic: t-test single sample* и *Nonparametric Statistic: Correlation [Spe-*

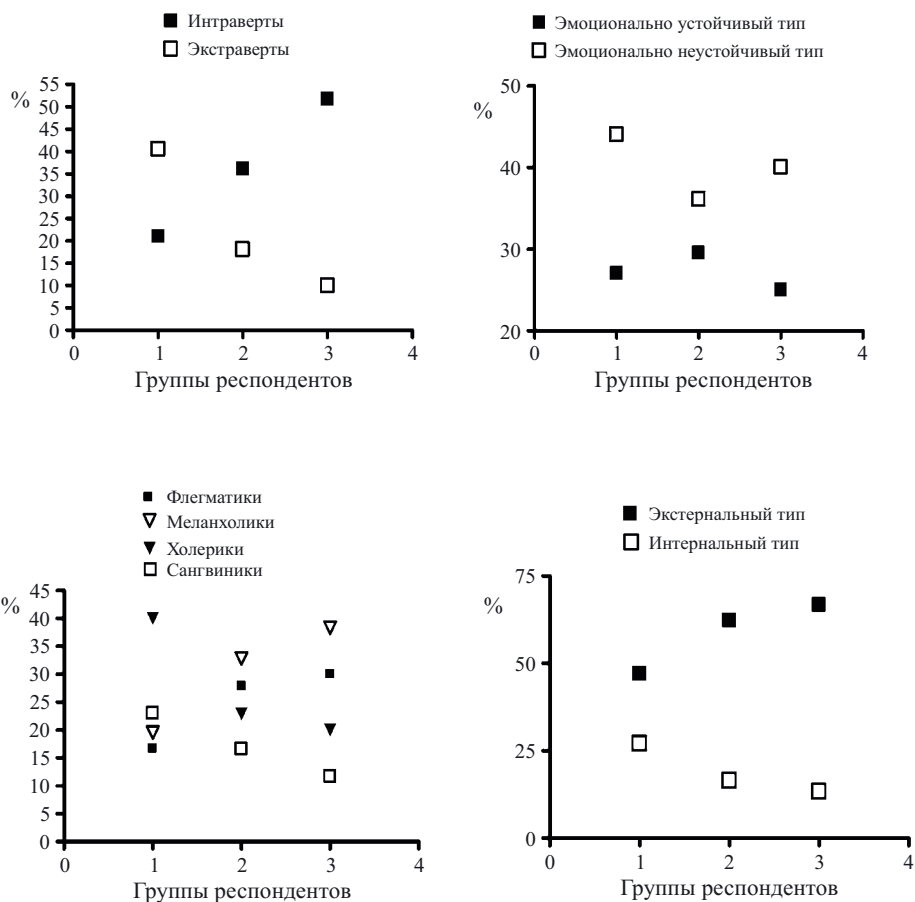


Рис. 3. Распределение респондентов различных возрастных групп по эмоционально-личностным характеристикам и темпераменту

Таблица 1. Возрастные особенности процентного распределения алекситимии у респондентов с различными характеристиками эмоционально-личностной сферы. n — общее число респондентов; n₁ — распределение лиц по исследуемым характеристикам

	Интраверт	Экстраверт	Эмоц. уст.	Эмоц. неуст.	Экстерна.	Интерна.
I группа (n = 200)						
n ₁	42	81	54	88	54	94
Алекситимия, %	33,3	37,0	7,4	57,9	51,1	14,8
II группа (n = 61)						
n ₁	22	11	18	22	38	10
Алекситимия, %	45,4	36,4	11,1	63,6	39,4	40,0
III группа (n = 60)						
n ₁	31	6	15	24	40	8
Алекситимия, %	38,7	1,2	2,3	41,6	32,5	25,0

arman, Kendall Tau]. Для определения силы связи между ассоциированными факторами эмоционально-личностной сферы использовали STATISTICA 6., *Multiple Linear Regression*. Факторный анализ проводили по программе STATISTICA 6,0, *Multivariate Exploratory Techniques: Factor Analysis*. Построение графиков осуществлялось с помощью программы Graph-Pad Prism4. Возраст респондентов выражен в M±SD, психометрические показатели — в баллах (M±SE).

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

При проведении психометрических исследований критерием включения респондентов являлась характеристика искренность/скрытность, для изучения которой использовали шкалу EPI-1. Установлено, что в общей выборке тест на искренность преодолели 78,6 % респондентов (82,2 % мужчин, 76,4 % женщин). В I-ой возрастной группе гендерных различий в искренности не выявлено, во II-ой группе процент искренности в целом снижался за счет женщин, в III-ей группе процент искренности значительно падал как у мужчин, так и у женщин (рис. 1).

На основании проведенного тестирования респонденты, не проявившие в данном исследовании искренности (87 человек), были исключены из выборки и не подверглись дальнейшему обследованию. Таким образом в работе представлены данные психометрических исследований, выполненных на 321 респонденте (129 мужчин, 192 женщин).

Согласно результатам исследований, в общей выборке алекситимический тип личности (*в дальнейшем алекситимия*) по шкале TAS выявлен в 34,3 % случаев (31,0 % — у мужчин, 36,6 % — у женщин). Установлено, что алекситимия чаще выявляется у женщин всех возрастных групп, резко снижаясь среди мужчин III-ей возрастной группы (рис. 2).

С целью изучения взаимосвязи алекситимии с особенностями эмоционально-личностной сферы респондентов, в исследуемых группах изучали распределение лиц с такими характеристиками как интраверсия/экст-

раверсия, эмоциональная устойчивость/неустойчивость и тип темперамента.

Данные тестирования по шкале EPI-2 показали, что среди обследованных с возрастом отмечается увеличение числа интравертов и уменьшение числа экстравертов. Как известно, понятие интраверсия включает в себя направленность человека на собственный субъективный мир, поглощенность своими внутренними переживаниями, в ущерб восприятия им окружающей действительности, между тем как категория экстраверсия — это, в большей мере, обращенность личности на внешний мир, чем на самого себя и свои внутренние переживания.

Согласно результатам тестирования по шкале EPI-3, во всех возрастных группах преобладали респонденты с эмоционально неустойчивым типом личности. Для выявления типов темперамента использовали модель “*круг Eysenck*”, согласно которой, экстраверсия в сочетании с эмоциональной неустойчивостью характеризует холерика, а в сочетании с эмоциональной устойчивостью — сангвиника. Аналогично, интраверсия в сочетании с эмоциональной неустойчивостью характеризует меланхолика, а с эмоциональной устойчивостью — флегматика. Установлено, что в возрастной динамике отмечается тенденция к увеличению числа флегматиков и меланхоликов и, соответственно, уменьшение числа холериков и сангвиников.

Результаты тестирования по опроснику Rotter свидетельствуют, что с возрастом наблюдается увеличение числа респондентов с экстернальным типом личности и уменьшение — с интернальным типом, что имеет существенное значение для интегральной характеристики эмоционально-личностной сферы, поскольку в рамках концепции экстернальность/интернальность или локус контроля, интернальность характеризуется склонностью человека возлагать ответственность за происходящее в его жизни на себя, а экстернальность — склонностью приписывать причины происходящего внешним факторам — окружающей среде, судьбе, случаю (рис. 3).

Алекситимия: предиктор, признак психосоматизации или личностная характеристика?

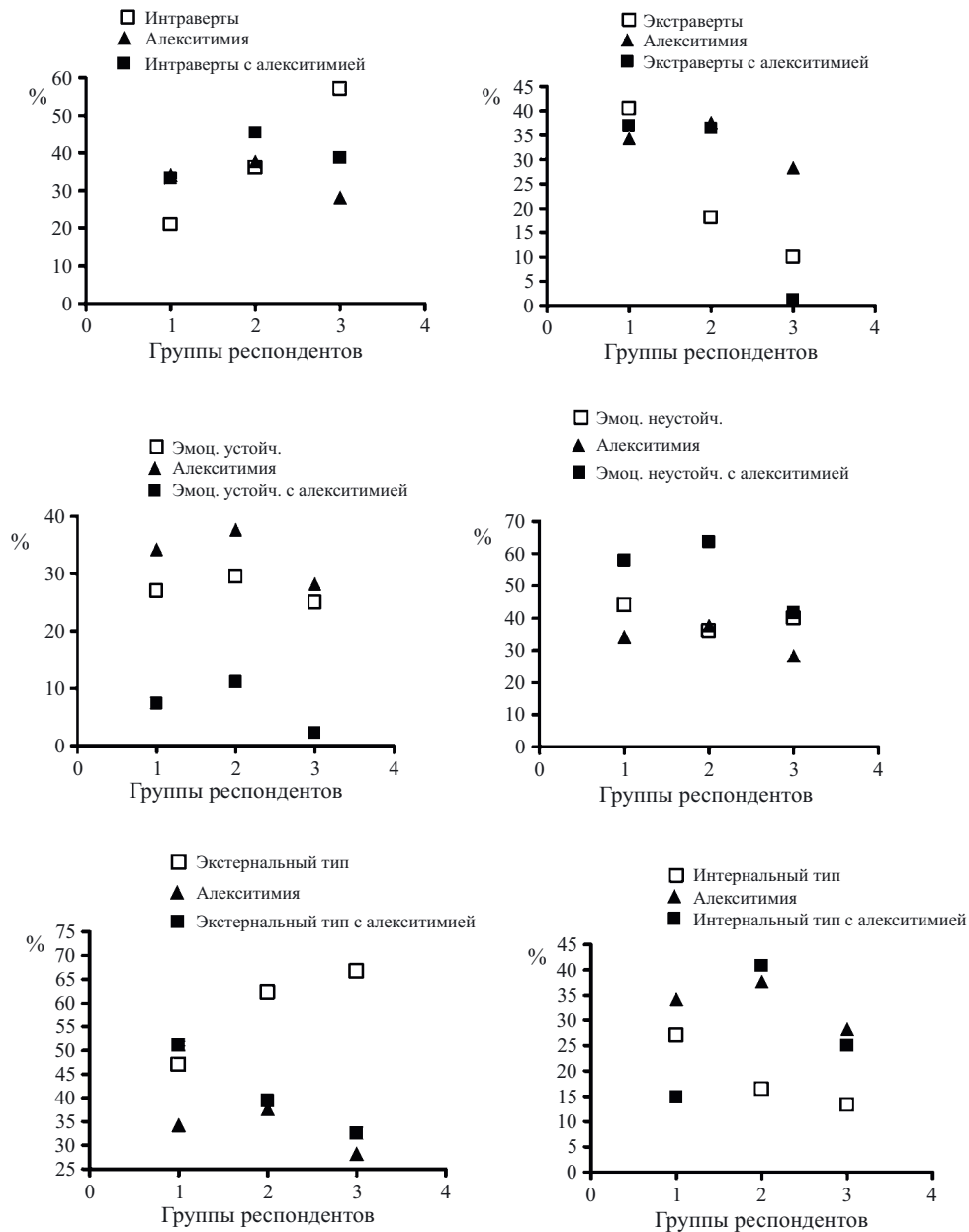


Рис. 4. Динамика возрастных изменений взаимосвязи алекситимии с некоторыми характеристиками эмоционально-личностной сферы

Изучение процентного распределения лиц с алекситимией среди респондентов с различными характеристиками эмоционально-личностной сферы позволило выявить, что среди интровертов и экстравертов I-ой группы алекситимия встречается почти с одинаковой частотой, выраженно доминируя у лиц с эмоционально неустойчивым и экстернальным типом личности. Во II-ой группе процентное распределение алекситимии у лиц с интернальным и экстернальным типом личности носит одинаковый характер. В III-ей группе алекситимия практически отсутствует среди экстравертов и лиц с эмоциональной устойчивостью,

будучи относительно равномерно распределена среди респондентов интернального и экстернального личностных типов (табл. 1).

Данные анализа по общей выборке свидетельствуют, что с увеличением числа интровертов, при относительном постоянстве частоты выявления лиц с алекситимией, с возрастом процент интровертов с алекситимией почти параллельно нарастает. С возрастом отмечается также рост числа респондентов с экстернальным типом личности, между тем как изменение процентного распределения общего числа лиц с алекситимией, как и респондентов, характеризую-

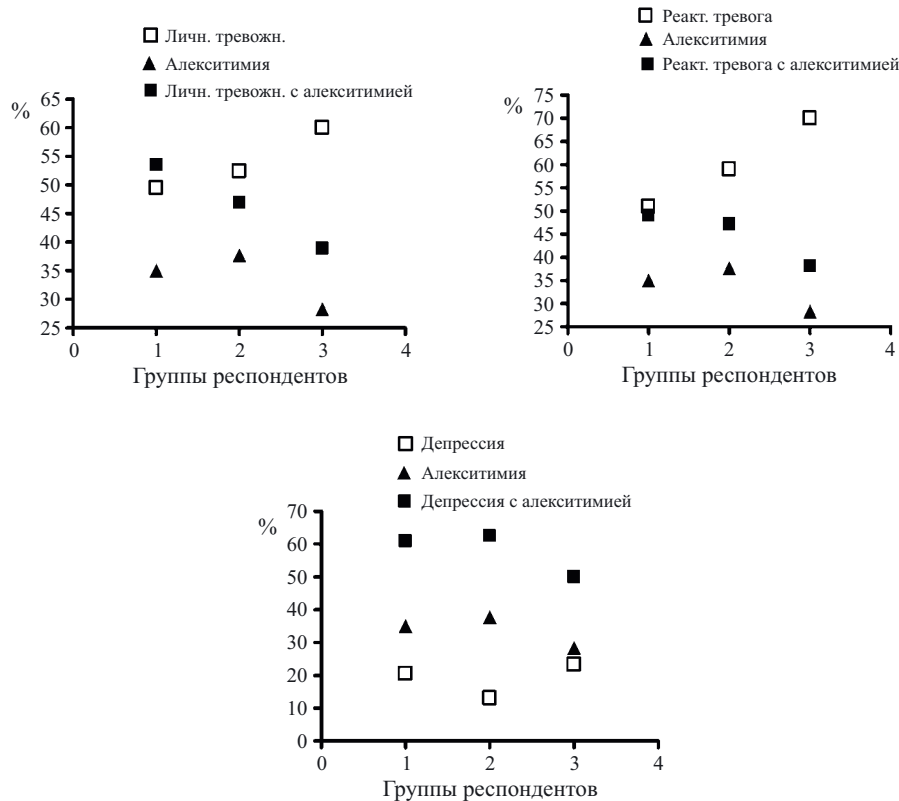


Рис. 5. Динамика возрастных изменений взаимосвязи процентного распределения алекситимии и ее сочетания с некоторыми характеристиками эмоционально-личностной сферы

Таблица 2. Динамика возрастных изменений корреляции алекситимии с некоторыми характеристиками эмоционально-личностной сферы. M ± SE в баллах: * — P < 0,05, ** — P < 0,01, *** — P < 0,001

	Spearman	Kendall Tau	beta	M ± SE
I группаTAS (M ± SE) 68,2 ± 0,81				
EPI-2	- 0,04	- 0,02	- 0,01	13,4 ± 0,25
EPI-3	0,45*	0,32*	0,45***	13,4 ± 0,31
Rotter	- 0,42*	- 0,31*	- 0,43***	4,7 ± 0,16
STAI-I	0,45*	0,32*	0,47***	46,4 ± 0,75
STAI-II	0,49*	0,35*	0,50***	46,0 ± 0,64
BDI	0,45*	0,32*	0,42***	6,0 ± 0,45
II группаTAS (M ± SE) 68,5 ± 1,59				
EPI-2	0,05	0,03	0,04	11,3 ± 0,44
EPI-3	0,52*	0,39*	0,51***	12,8 ± 0,49
Rotter	- 0,18	- 0,14	- 0,19	3,9 ± 0,29
STAI-I	0,29*	0,19*	0,31**	47,7 ± 1,34
STAI-II	0,50*	0,36*	0,51***	46,4 ± 1,12
BDI	0,34*	0,25*	0,33**	5,0 ± 0,61
III группа TAS (M ± SE) 68,3 ± 1,41				
EPI-2	- 0,05	- 0,04	- 0,12	10,4 ± 0,48
EPI-3	0,39*	0,28*	0,37**	13,8 ± 0,55
Rotter	- 0,19	- 0,13	- 0,19	3,8 ± 0,27
STAI-I	0,36*	0,25*	0,35**	50,0 ± 1,15
STAI-II	0,24*	0,16*	0,25*	48,3 ± 1,01
BDI	0,33*	0,22*	0,26*	6,0 ± 0,68

щихся экстернальным типом личности в сочетании с алекситимией, происходит почти параллельно.

Примечательно, что с возрастом происходит прогрессирующее снижение числа респондентов у которых эмоционально неустойчивый тип личности сочетается с алекситимией, при этом возрастная динамика изменений процентного распределения отдельно по показателю эмоциональной неустойчивости и алекситимии носит разнонаправленный характер (рис. 4).

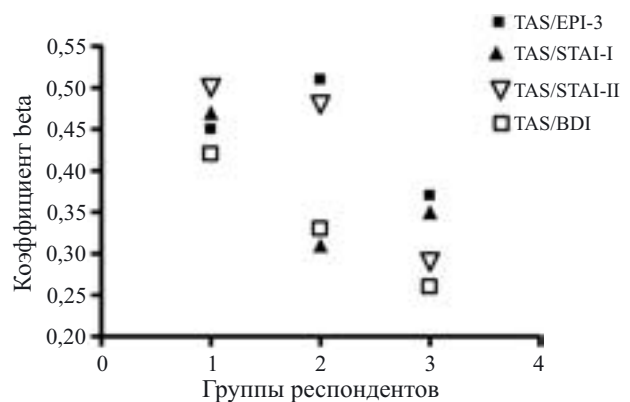


Рис. 6. Возрастные изменения коэффициента корреляции beta (множественная линейная регрессия) исследуемых показателей эмоционально-личностной сферы

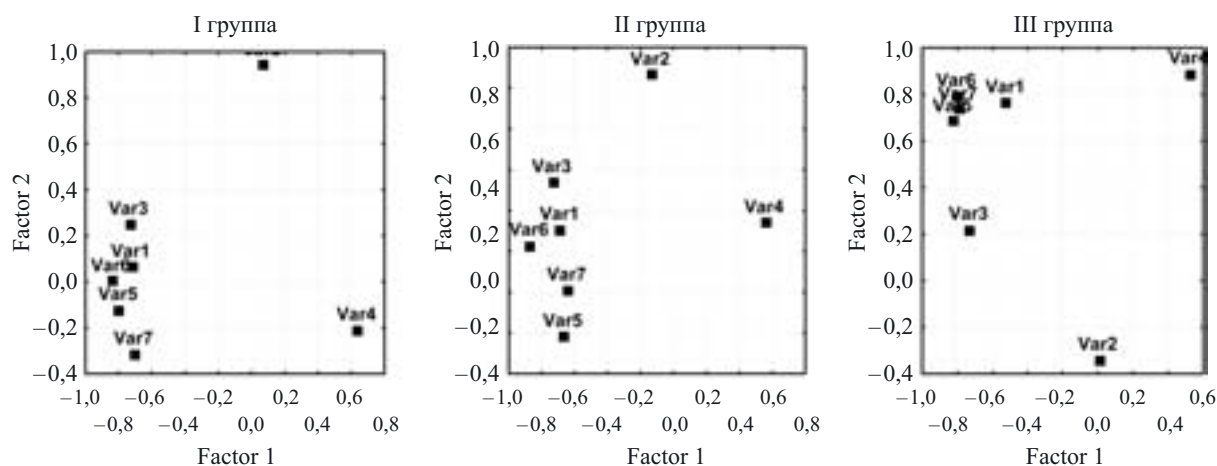


Рис. 7. Факторный анализ взаимосвязи алекситимии с некоторыми показателями эмоционально-личностной сферы респондентов различных возрастных групп.

Обозначения: Var1 — TAS, Var2 — EPI-2, Var3 — EPI-3, Var4 — Rotter, Var5 — STAI-I, Var6 — STAI-II, Var7 — BDI

Изучение взаимоотношений алекситимии, тревоги и депрессии позволило установить, что на фоне увеличения с возрастом числа респондентов с высоким уровнем личностной тревожности и реактивной тревоги, число респондентов с сочетанием тревоги и алекситимии несколько уменьшается. Значительно менее выражена динамика изменений числа лиц с легким уровнем депрессии ситуативного или невротического генеза и ее сочетания с алекситимией (рис. 5).

Принимая во внимание существующие разногласия в понимании алекситимического типа личности, как и данные относительно возможности его сочетания с различными характеристиками эмоционально-личностной сферы, был проведен корреляционный и факторный анализ изучаемых показателей среди респондентов различных возрастных групп. Полученные результаты свидетельствуют об изменении с возрастом коэффициентов корреляции изученных показателей эмоционально-личностной сферы, как и картины распределения исследуемых характеристик в рамках двухфакторной модели (табл. 2, рис. 6, 7).

Таким образом, на основании результатов проведенных психометрических исследований можно заключить, что алекситимия не может быть рассмотрена, как это считает ряд авторов, лишь в качестве предиктора или признака психосоматизации личности, поскольку она четко выявляется у практически здоровых лиц различных возрастных групп. Относительно постоянная частота выявления алекситимии у лиц различных возрастных групп, как и ее ассоциирование с рядом показателей эмоционально-личностной сферы, дают основание полагать, что скорее всего алекситимия может быть рассмотрена в качестве одного из компонентов интегральной характеристики личности. Подтверждением состоятельности подобного предположения являются данные о возрастных

особенностях характера корреляции алекситимии с тревогой и депрессией, а также ее взаимосвязи с такими показателями как интроверсия, эмоционально неустойчивый и экстернальный типы личности.

ЛИТЕРАТУРА

1. Aftanas L. I., Varlamov A. A. Effects of alexithymia on the activity of the anterior and posterior areas of the cortex of the right hemisphere in positive and negative emotional activation. // *Neurosci Behav Physiol.* 2007. Vol. 37. P. 67 – 73.
2. Bailey P. E., Henry J. D. Alexithymia, somatization and negative affect in a community sample. // *Psychiatry Res.* 2007, Vol. 150, P. 13 – 20.
3. Bermond B., Vorst H. C., Moormann P. P. Cognitive neuropsychology of alexithymia: implications for personality typology. // *Cognit. Neuropsychiatry.* 2006, Vol. 11, P. 332 – 360.
4. Bernard L. O. Resolving Ethical Dilemmas. A Guide for Clinicians. (ed. D. C. Retford). Baltimore, Maryland. 1995.
5. Berthoz S., Consoli S., Perez-Diaz F., Jouvent R. Alexithymia and anxiety: compounded relationships? A psychometric study. // *Eur. Psychiatry.* 1999. Vol. 14. N7. P. 372 – 378.
6. Berthoz S., Perdereau F., Godart N., Corcos M., Haviland M. G. Observer- and self-rated alexithymia in eating disorder patients: levels and correspondence among three measures. // *J. Psychosom. Res.* 2007, Vol. 62., P. 341 – 347.
7. Fortune D. G., Richards H. L., Griffiths C. E., Main C. J. Psychological stress, distress and disability in patients with psoriasis: consensus and variation in the contribution of illness perceptions, coping and alexithymia. // *Br. J. Clin. Psychol.* 2002. Vol. 41. N2. P. 157 – 174.
8. Frewen P. A., Pain C., Dozois D. J., Lanius R. A. Alexithymia in PTSD: psychometric and fMRI studies. // *Ann. NY Acad. Sci.* 2006. Vol. 1071. P. 397 – 400.
9. Friedberg F., Quick J. Alexithymia in chronic fatigue syndrome: associations with momentary, recall, and retrospective measures of somatic complaints and emotions. // *Psychosom. Med.* 2007, Vol. 69, P. 54 – 60.
10. Frith U. Emanuel Miller lecture: confusions and controversies about Asperger syndrome. // *J. Child. Psychol. Psychiatry.* 2004. Vol. 45. N4. P. 672 – 686.
11. Jerlang B. B. Burning mouth syndrome (BMS) and the concept of alexithymia — a preliminary study. // *J. Oral Pathol. Med.* 1997. Vol. 26. N6. P. 249 – 253.

12. *Jimerson D. C., Wolfe B. E., Franko D. L., Covino N. A., Sifneos P. E.* Alexithymia ratings in bulimia nervosa: clinical correlates. // *Psychosom. Med.* 1994. Vol. 56. N. 2. P. 90 – 93.
13. *Kooiman C. G., Bolk J. H., Brand R., Trijsburg R. W., Rooijmans H. G.* Is alexithymia a risk factor for unexplained physical symptoms in general medical outpatients? // *Psychosom. Med.* 2000, Vol. 62, P. 768 – 778.
14. *Le H. N., Ramos M. A.* The relationship between alexithymia and perinatal depressive symptomatology. // *J. Psychosom. Res.* 2007, Vol. 62, P. 215 – 222
15. *Lundh L. G., Johnsson A., Sundqvist K., Olsson H.* Alexithymia, memory of emotion, emotional awareness, and perfectionism. // *Emotion.* 2002. Vol. 2. N4. P. 361 – 379.
16. *Mann L., Wise T. N., Trinidad A., Kohanski R.* Alexithymia, affect recognition, and five factors of personality in substance abusers. // *Percept. Mot. Skills.* 1995. Vol. 81. N1. P. 35 – 40.
17. *Martina L.* Modulation between alexithymic characteristic internal reality (Tas 20) and external coping in a group of artisans. // *G. Ital. Med. Lav. Ergon.* 2006, Vol. 28, P. 217 – 219.
18. *Matsumoto A., Ichikawa Y., Kanayama N., Ohira H., Iidaka T.* Gamma band activity and its synchronization reflect the dysfunctional emotional processing in alexithymic persons. // *Psychophysiology.* 2006. Vol. 43. N6. P. 533 – 540.
19. *Mattila A. K., Salminen J. K., Nummi T., Joukamaa M.* Age is strongly associated with alexithymia in the general population. // *J. Psychosom. Res.* 2006, Vol. 61, P. 629 – 635.
20. *Mikolajczak M., Luminet O., Menil C.* Predicting resistance to stress: incremental validity of trait emotional intelligence over alexithymia and optimism. // *Psicothema.* 2006. Vol. 18. Suppl. P. 79 – 88.
21. *Moriguchi Y., Ohnishi T., Lane R. D., Maeda M., Mori T., Nemoto K., Matsuda H., Komaki G.* Impaired self-awareness and theory of mind: an fMRI study of mentalizing in alexithymia. // *Neuroimage.* 2006. Vol. 32. N3. P. 1472 – 1482.
22. *Mueller J., Alpers G. W., Reim N.* Dissociation of rated emotional valence and Stroop interference in observer-rated alexithymia. // *J. Psychosom. Res.* 2006, Vol. 61, P. 261 – 269.
23. *Muneta S., Kobayashi T., Matsumoto I.* Personality characteristics of patients with “white coat” hypertension. // *Hypertens. Res.* 1997. Vol. 20. N2. P. 99 – 104.
24. *Nunnally J. C., Bernstein I. H.* Psychometric theory. New York: McGraw-Hill. 1994.
25. *Peters R. M., Lumley M. A.* Relationship of alexithymia to cardiovascular disease risk factors among African Americans. // *Compr Psychiatry.* 2007. Vol. 48. N1. P. 34 – 41.
26. *Porcelli P., Bagby R. M., Taylor G. J., De Carne M., Leandro G., Todarello O.* Alexithymia as predictor of treatment outcome in patients with functional gastrointestinal disorders. // *Psychosom. Med.* 2003. Vol. 65. N5. P. 911 – 918.
27. *Porcelli P., Leoci C., Guerra V., Taylor G. J., Bagby R. M.* A longitudinal study of alexithymia and psychological distress in inflammatory bowel disease. // *J. Psychosom. Res.* 1996. Vol. 41. N6. P. 569 – 573.
28. *Rosner B.* Fundamentals of Biostatistics. Thomson. Brooks / Cole. 2006.
29. *Salminen J. K., Toikka T., Kauhanen J.* Alexithymia behaves as a personality trait over a 5-year period in Finnish general population. // *J. Psychosom. Res.* 2006, Vol. 61, P. 275 – 278.
30. *Sifneos P. E.* The prevalence of “alexithymic” characteristics in psychosomatic patients. // *Psychother. Psychosom.* 1973. Vol. 22. P. 255 – 262.
31. *Sifneos P. E.* Alexithymia: past and present // *Am. J. Psychiat.* 1996, Vol. 153, P. 137 – 142.
32. *van Wout M., Aleman A., Bermond B., Kahn R. S.* No words for feelings: alexithymia in schizophrenia patients and first-degree relatives. // *Compr. Psychiatry.* 2007, Vol. 48, P. 27 – 33.
33. *Vanheule S., Desmet M., Meganck R., Bogaerts S.* Alexithymia and interpersonal problems. // *J. Clin. Psychol.* 2007, Vol. 63, P. 109 – 117.
34. *Velasco C., Fernandez I., Campos M.* Perceived emotional intelligence, alexithymia, coping and emotional regulation. // *Psicothema.* 2006, Vol. 18, P. 89 – 94.
35. *Wise T. N., Mann L. S.* The attribution of somatic symptoms in psychiatric outpatients. // *Compr. Psychiatry.* 1995. Vol. 36. N6. P. 407 – 410.

XIV Всемирный конгресс по психиатрии
НАУКА И ГУМАНИЗМ
ДЛЯ ЛИЧНОСТНО-ЦЕНТРИРОВАННОЙ ПСИХИАТРИИ

20 – 25 сентября 2008 г., Прага, Чехия

www.wpa-prague2008.cz

Патологические метаморфозы “Я” и кризисы развития личности

С. С. Худоян¹ (Ереван, Армения)

Связь возрастных кризисов и психических расстройств замечена давно, однако особенности этой связи мало изучены как в психиатрии, так и в психологии. Обычно в литературе просто отмечается, что в критические периоды учащаются или обостряются психические заболевания, что некоторые психические нарушения напоминают обостренный вариант кризисных симптомов (5), что возрастные кризисы могут иметь психопатологические проявления (6). Однако эти факты дают основание предположить, что существуют также и содержательные связи между кризисами развития и некоторыми психическими расстройствами. Изучение этих связей может значительно обогатить представления, как о кризисах, так и о психопатологических феноменах. В данном исследовании мы попытаемся проанализировать связь кризисов развития с патологическими метаморфозами “Я”. Под понятием “Патологические метаморфозы” имеем в виду те расстройства самосознания, при которых больные воспринимают себя другим человеком, животным или неодушевленным предметом. С психологической точки зрения при этих расстройствах происходит неадекватная идентификация или категоризация собственного “Я”. Как отмечает И. С. Кон, понятие идентичности означает не тождество субъекта с самим собой, а его осознанную принадлежность к определенной категории людей (“социальная идентичность”, “половая идентичность” и т.д.) (1). Осознавая себя, человек не только выделяет, дифференцирует свое “Я”, от “не — Я”, но также и делает обобщение, категоризацию, как бы отвечает на вопрос “Кто Я”. На основе категоризации формируется Я — концепция — система тех категорий, в которые включает себя субъект. В этой системе условно можно выделить две основные категориальные подсистемы — ролевые и категории, описывающие субъективные качества личности (высокий, сильный, умный, волевой, дружелюбный, богатый и т.п.). В ролевой подсистеме можно выделить видовые (человек, животное), возрастные (ребенок, взрослый, старик), полуролевые (мужчина, женщина) и социально-ролевые категории (семейные, профессиональные роли и др.). В норме категоризация бывает более или менее адекватной, т.е. человек воспринимает себя тем, кто он на самом деле есть, за кого его принимают другие люди. Этим и обес-

печивается нормальное функционирование субъекта в обществе. А при патологии, категоризация собственного “Я” может быть неадекватной, человек как бы не воспринимает или не хочет воспринимать или отказывается воспринимать себя тем, кем он объективно является, и входит в несоответствующую его личности роль (“Я — животное”, “Я — Наполеон”). В психиатрии такие метаморфозы обычно рассматриваются в рамках бредовых расстройств (бред метаморфозы, величия), а также расстройств полового самосознания.

При синдроме множественных личностей также происходит перевоплощение в другую личность, однако в основе этой патологии, на наш взгляд, лежат совершенно другие психологические механизмы: в этих случаях отсутствует акт самокатегоризации, перед человеком не стоит вопрос о самоидентификации, просто в теле больного, на уровне подсознания, как бы “сосуществуют” разные личности, которые становятся ведущими в различные временные периоды. По всей вероятности самокатегоризация не происходит также при возрастных метаморфозах “Я” у больных со старческой деменцией. В этих случаях больной перемещается в прошлое вследствие амнезии настоящего.

Таким образом, нас интересуют те расстройства самосознания, при которых человек делает неадекватную категоризацию собственного “Я”, перевоплощаясь в образ другого существа — неодушевленного предмета, животного, в человека противоположного пола или же в известного человека той или иной сферы социальной активности (полководцы, видные политические деятели, религиозные реформаторы и другие). Эти больные часто пытаются доказывать, уговаривать других поверить и принимать их в этой роли, что, на наш взгляд, свидетельствует об отсутствии полной уверенности относительно образа собственного “Я”. Например, у Г. Е. Сухаревой представлен следующий клинический случай: “Мальчик убежден, что он кошка, требует, чтобы ему привязали хвостик, называли киской. Когда ему отказывают, волнуется, плачет: “Они думают, что я мальчик, а я — киска” (8, с. 200). В другом случае, больной заходя в кабинет психолога, сразу объявляет, что является послом США в Армении, а когда его спрашивают, почему он обратился к психологу, смущается и объявляет, что “...обратился, потому что является послом” (из нашей клинической практики).

Патологическое перевоплощение в образ другого, с психологической точки зрения предполагает также и другой процесс — отказ от собственного “Я”. Если в норме человек может считать себя хорошим или пло-

¹ Худоян Самвел Суменович — кандидат психологических наук, доцент, кафедр психологии Ереванского государственного университета и Армянского государственного педагогического университета им. Х. Абовяна.

хим, то при патологическом перевоплощении он просто отрицает свое “Я”, по терминологии Г. Салливана персонифицируется в не-я (9). При этом больные отрицают свое “Я” в качестве субъекта определенных активностей — видовой, половой и “профессиональной” (это понятие мы употребляем условно, имея в виду то, что при бреде величия, человек перевоплощается в профессиональные роли — полководца, политического деятеля, ученого и т.п.) и этот феномен имеет свои возрастные особенности. Например, перевоплощение в животное, в неодушевленный предмет более типично для детского возраста, сензитивным для расстройств полового самосознания является подростковый и юношеский возраст, а перевоплощения в образ выдающихся личностей обычно происходят после 20, 25 лет. В связи с этим встает вопрос — почему патологические перевоплощения происходят именно в этих сферах и в определенные возрастные периоды? Естественно, что ответ на этот вопрос необходимо искать в возрастной психологии. Например, общепринято, что расстройства половой идентичности начинают проявляться в подростковом возрасте, так как половое самосознание окончательно формируется именно в этом периоде. Две другие формы перевоплощений (видовые и “профессиональные”) обычно не рассматриваются с возрастной — психологической точки зрения и не связываются с перестройками самосознания. Однако наши исследования показали, что и эти расстройства обусловлены возрастными закономерностями, в частности теми кризисами, которые сопровождаются перестройками самосознания (10). Для пояснения сказанного, вкратце представим теоретические представления, лежащие в основе этих исследований. В первую очередь, они основаны на предложенной нами возрастной периодизации, в которой каждый этап развития рассматривается как процесс разрешения определенной “био-психо-социальной” проблемы (имеется в виду, что проблема развития актуализируется и решается на всех трех уровнях). Под понятием “проблема развития”, мы понимаем генетически заданную, отраженную на психологическом и социальном уровне, данную в определенных условиях развития “цель”, конечный результат, на достижение которой направлен процесс онтогенеза на конкретном возрастном этапе. При этом мы не рассматриваем проблемы развития как субъективные феномены, в основе которых лежат сознательные цели. Они существуют объективно и отражают естественные “цели” развития, сформированные в процессе эволюции. Здесь мы основываемся на широко распространенном в биологических науках “целевом” или “телеономическом” подходе, согласно которому биологическим системам свойственна естественная целенаправленность или целесообразность, в которых отсутствует акт субъективного, сознательного целеполагания, а сама “цель” (конечное состояние, результат, на который направлен процесс) формируется на осно-

ве объективных, природных закономерностей (4). В то же время, естественные “цели” развития могут отражаться также на психологическом и социальном уровне (например, в желаниях субъекта или требованиях общества) и превращаться в субъективные, сознательные феномены. Именно эти естественные “цели” отражают смысл и основное направление процесса развития, определяют особенности новообразований на каждом возрастном этапе. При этом новообразования каждого возрастного периода мы рассматриваем как “шаги” на пути к решению исходной проблемы развития. Например, такие видовые новообразования детского возраста, как речь, мышление, прямохождение и др. можно рассматривать как шаги на пути формирования субъекта видовой активности — исходной проблемы данного этапа развития.

На основе анализа функционального значения системы новообразований основных циклов развития человека (детство, отрочество, зрелость, старость) нами были выделены четыре исходные проблемы развития и соответственно четыре возрастных этапа, направленных на их разрешение. Первой проблемой развития мы считаем формирование субъекта видовой активности (с эмбрионального периода до 7–8 лет). Фактически, с начала зачатия до начала этапа полового созревания все основные биологические (имеем в виду новообразования эмбрионального периода), психические, поведенческие и социальные новообразования являются видовыми свойствами (прямохождение, речь, мышление, сознание и т.п.), следовательно, “целью” процесса развития на этом этапе является формирование субъекта видовой активности, т.е. человека. Второй проблемой, которая разрешается на втором этапе развития (8, 9–18, 20 лет), является формирование субъекта половой активности (с этим процессом связаны основные новообразования этого возраста). Примерно в 20 лет заканчивается процесс формирования субъекта половой активности, т.е. юноша, как в биологическом, так и в психологическом и социальном смыслах становится половозрелым. Именно с этого периода, на наш взгляд, начинается актуализация третьей проблемы развития, которую можно определить как формирование субъекта социальной активности, т.е. субъекта семейной и трудовой активности. Этот этап развития охватывает период с 22 до 35, 45 лет. И, наконец, последнюю проблему, и этап развития (с 40, 45 лет до конца жизни) мы охарактеризовали как самоисчерпание. Реализуя себя как субъекта половой, семейной и трудовой активности, человек исчерпывает себя.

Специфической особенностью онтогенеза человека можно считать то, что процесс развития происходит в двух принципиально разных формах — спонтанно и сознательно. Спонтанное развитие происходит, в основном, по биологическим и социальным программам. На этом уровне проблема, на разрешение которой направлен процесс развития, не актуаль-

на для субъекта, он не воспринимает себя ее носителем и не осуществляет целенаправленную деятельность для ее разрешения. Однако, в определенный период каждого возрастного этапа, человек начинает ясно осознавать направление собственного развития, себя, как субъекта этого процесса, а решение проблемы развития осуществляется, в основном, на сознательном уровне. На каждом возрастном этапе можно четко выделить периоды перехода из спонтанного к осознанной, целенаправленной форме развития. Эти периоды считаются критическими и сопровождаются перестройками самосознания, системы “Я” (например, кризисы трех лет, подросткового возраста и др.). При этом каждая перестройка самосознания имеет свое категориальное содержание, т.е. человек начинает осознавать (тем самым и категоризировать) себя в качестве субъекта определенной активности. Так, первая перестройка (скорее пробуждение), как известно, происходит в дошкольном возрасте, около трех лет. Как показали наши исследования (10), в этом возрасте ребенок начинает осознавать себя, как человеческое существо, т.е. в нем пробуждается видовое самосознание, носящее диффузный характер, не имеющее четких дифференциаций, например, половой сферы, социальных ролей.

Вторая перестройка самосознания происходит в подростковом возрасте, в 11 – 15 лет. В рамках диффузного видового самосознания дифференцируется половой аспект, подросток начинает воспринимать, осознавать себя в качестве субъекта половой активности.

Согласно некоторым авторам в период от 25 – 30 лет происходит новое, третье рождение “Я” (3). Иными словами самосознание перестраивается — человек начинает осознавать и оценивать себя, как субъекта социальной, т.е. семейной и трудовой активности (10).

Приблизительно во второй половине шестого десятилетия, согласно нашей гипотезе, происходит новая перестройка самосознания — человек начинает осознавать себя смертным. Насколько нам известно, идея о перестройке самосознания в позднем возрасте в психологии развития не рассматривалась. Однако в литературе можно встретить немало фактов, идей и эмпирических исследований, свидетельствующих о качественных изменениях самосознания в позднем возрасте, и о том, что эти изменения связаны с осознанием себя смертным (11 и др). Так, С. Маккарти находит, что после 55 лет идея смерти начинает осознаваться, и объясняет это следующим образом: “Возрастающий спад физических сил, жизненной энергии, полового потенциала, а также потеря любимых людей и товарищей, выход на пенсию... заставляют человека думать, что час смерти приближается” (11, с. 12).

Одним из основных характеристик перестроек самосознания является то, что человек в эти периоды находится в неопределенности относительно собственного “Я”. С одной стороны он хочет понять, что из

себя представляет роль, которая приписывается ему обществом и в которую он хочет и должен воплотиться. С другой — он желает выяснить, что он представляет собой в качестве исполнителя этой роли, с кем он должен идентифицировать себя, с кого брать пример, чтобы научиться успешно играть эту роль. В то же время он пытается активно самоутвердиться в этой роли. В результате этих поисков формируется концепция собственного “Я” как субъекта данной активности. Используя модель Г. Салливана, можно сказать, что эта концепция может быть положительной (“Я хороший”), отрицательной (“Я плохой”) и отвергающей (не-я). Именно в последнем случае, на наш взгляд, человек делает неадекватную категоризацию, входит в противоположный своему “Я” образ. Естественно, что в этом образе общество не может воспринимать его, а он не может воспринимать его, а он не может функционировать, что на наш взгляд и определяет бредовость такой концепции и неадекватность поведения. Что касается тех случаев, когда неадекватные перевоплощения не считаются бредовыми (например, при расстройствах полового самосознания или же в тех случаях, когда человек объявляет себя богом и создает секты), то это случается тогда, когда находятся люди (при расстройствах полового самосознания фактически все общество), которые в той или иной степени принимают неадекватные концепции и поведение перевоплотившейся личности. По этому поводу Р. Ленг, ссылаясь на К. Юнга, пишет: “...шизофреник перестает быть шизофреником, когда встречает кого-то, кто, как он чувствует, его понял. Если подобное случается, то большинство нелепостей, которые рассматриваются как “признаки болезни”, просто исчезают” (2, с. 246).

Таким образом, согласно нашей гипотезе, патологические метаморфозы “Я”, являются одним из вариантов разрешения тех кризисов развития, при которых перестраивается самосознание и формируется концепция собственного “Я” как субъекта определенной активности: видовой, половой и социальной (в позднем возрасте мы не смогли найти случаев патологического метаморфоза, однако те случаи, когда больные отвергают свое актуальное “Я” и начинают воспринимать себя в качестве субъекта более молодого возраста, на наш взгляд, можно рассматривать не только с точки зрения амнезии настоящего, но и отказа принятия собственного “Я” как смертного). В основе метаморфозы лежит механизм не принятия, отвержения или отрицания (согласно психоаналитическим воззрениям это психотические формы защиты) того образа себя, которое приписывается ему обществом, кем он объективно является, и вхождение в желаемый, приемлемый для себя образ. В. М. Руднев считает, что в основе перевоплощения лежит защитный механизм экстраактивной идентификации. При этом, суть экстраекции состоит в том, что внутренние психологические содержания переживаются субъектом

как внешние, объективные явления (7). Согласно автору "...когда психотик отождествляет себя с разными персонажами, то его отличие от нормального человека не в том, что нормальный человек не может отождествлять себя с разными персонажами, но в том, что психотик не понимает разницы между метафорическим (интенциональным) и буквальным (экстенциональным) отождествлением" (7, с. 216). Добавим также, что при нормальном отождествлении человек делает отождествляемое частью своего "Я", а не своим "Я" и это, на наш взгляд, обусловлено тем, что он принимает, не отвергает себя как субъекта определенной активности.

Завершая эту статью, отметим, что из вышеизложенного не вытекает, что кризисы развития и вообще возрастные феномены являются причиной патологии (скорее они определяют некоторые содержательные стороны психопатологических симптомов). Перестройки самосознания — нормальные явления, которые, однако, создают благоприятную почву для изменения направления развития, в том числе и в сторону патологии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Кон И. С. Категория "Я" в психологии // Психологический журнал. 1981. Т. 2. № 3. С. 25 – 37.
2. Лейнг Р. Разделенное Я, Киев, изд. "Port-Royal", 1995.
3. Моргун В. Ф., Ткачева Н. Ю. Проблема периодизации развития личности в психологии. М.: Изд. МГУ, 1981.
4. Нигматуллин Ч. М. Целеполагание основных биологических систем: организм, популяция, сообщества и биосфера // Вестник Нижегородского университета им. Н. И. Лобачевского. Серия Биология. Вып. 1 (9), 2005. Н. Новгород: ННГУ. С. 142 – 153.
5. Пантелеева Г. П., Цуцурьковская М. Я., Беляев Б. С. Гебоидная шизофрения. М: Медицина, 1986.
6. Реммидт Х. Подростковый и юношеский возраст. М.: Мир, 1994.
7. Руднев В. П. Характеры и расстройства личности. Патография и метапсихология. М.: "Класс", 2002.
8. Сухарева Г. Е. Лекции по психиатрии детского возраста. М.: Медицина, 1974.
9. Салливан Г. С. Интерперсональная теория психиатрии. М.: СПб., 1999.
10. Худоян С. С. Критические возрасты развития личности. Ереван: Зангак-97, 2004 (на арм. языке).
11. McCarthy S. Death anxiety. N. Y. Gardner press, 1980.

Международная конференция **ЭФФЕКТИВНАЯ И ДОКАЗАТЕЛЬНАЯ НАРКОЛОГИЯ В ЭПОХУ ВИЧ**

18 – 19 февраля 2008 г., Москва

Narcology2008@mail.ru

Организаторы:

Институт исследований проблем психического здоровья
Трансатлантические партнеры против СПИДа (ТРАА)
Международная сеть снижения вреда (IHRD)

Темы пленарных заседаний:

- Организация наркологической помощи (принудительное лечение, медико-психо-социальная реабилитация, паллиативная помощь).
- Доказательная наркология (эпидемиология, клиническая фармакология, критерии эффективности).
- Современные методы лечения (психофармакотерапия, поддерживающая медикаментозная заместительная терапия, психотерапия).
- Наркология в эпоху ВИЧ.

*Предполагается участие экспертов
Всемирной организации здравоохранения
и Управления ООН по наркотикам и преступности.*

*Приглашаются к участию
представители сообществ больных и их родственников*

КЛИНИЧЕСКИЕ РАЗБОРЫ

Необычное действие оланзапина

Семинар ведет А. Ю. Магалиф (18 января 2007 г.)
Врач-докладчик Д. В. Донцова

Уважаемые коллеги, вашему вниманию представляется больной О. 1967 года рождения. Поступил в московскую психиатрическую больницу № 3 им. В. А. Гиляровского впервые 30 ноября 2006 года. Никогда раньше к психиатрам не обращался.

Анамнез. Отец больного страдал алкоголизмом. Мать — несколько неадекватна, производит впечатление не совсем психически здоровой. Старший брат в 1999 году исчез при неизвестных обстоятельствах: его увезли в больницу, откуда он так и не вернулся. Больной родился от второй беременности, протекавшей без осложнений, в срок. При рождении получил травму головы и перелом ключицы, так как был крупный: вес — 4900 гр, рост — 52 см. В грудном возрасте перенес пневмонию, болел диатезами. Ходить начал с года, говорить отдельные слова — с 3-х лет. С 1,5 лет посещал детский сад. Семья жила бедно, между родителями часто возникали скандалы. Больной во время таких ссор уходил в свою комнату, ложился на кровать и засыпал. Родители развелись, когда больному было восемь лет. Он сильно переживал их развод, был на стороне отца. Окончил 10 классов общеобразовательной школы. В начальных классах учился хорошо, в старших — успеваемость несколько снизилась в связи с тем, что много времени проводил на улице. Отношения со сверстниками и преподавателями были ровные.

После школы один год проработал наладчиком на заводе “Хромотрон”. 1984 – 1986 гг. служил в сухопутных войсках в Германии. Демобилизован на общих основаниях. После возвращения из армии еще около года проработал наладчиком на том же заводе. Потом устроился шофером в Главное управление таможенного контроля. Тогда же, в 1988 году женился на дочери своей школьной учительницы. От брака имеет сына 1989 г. рождения и дочь 1999 г. рождения. Мать больного была против свадьбы сына и постоянно ссорилась с его семьей. Он вместе с женой и детьми проживал вместе с родителями жены в 3-х комнатной квартире. Отношения со всеми членами семьи вначале были ровные, больной много работал, был хорошим мужем и зятем, помогал матери. Был активным, общительным, ответственным.

С 1993 года, (больному 27 лет) стал эпизодически вечером дома выпивать по бутылке пива. Со следующего года стал пить чаще и больше, часами просиживал на кухне перед телевизором с бутылкой пива и рыбой, мало времени уделял детям. В результате отношения с женой стали более напряженными, и она уговорила его в 1996 году “закодироваться” по методу Довженко. Не пил всего две недели. В последующем пробовал “кодироваться” еще четыре раза, последний раз — в 2004 году, но все время без эффекта. Из спиртных напитков всегда предпочитал пиво. Выпивал до 3-х литров в день. По утрам никогда не опохмелялся. Якобы мог самостоятельно перестать пить на несколько месяцев. С 1998 года, (больному 32 года) после смерти отца стал пить гораздо больше и разных спиртных напитков. Из-за пьянства часто увольнялся и менял места работы. В состоянии опьянения неоднократно был обворован на улице, приходил домой избитый.

3 июня 2002 года, (больному 36 лет) поехал вместе с женой и детьми на дачу. Там немного выпил и сразу стал вести себя неадекватно: назывался экстра-сенсом, не выпускал никого из дома, начертил круг и заставил всех туда войти, не разрешал из него выходить. Жена украдкой позвонила матери и попросила срочно приехать. После долгих уговоров больной согласился вернуться в Москву, однако по дороге домой тоже был неадекватным: рвал бумагу, плевал в окно. Дома родственники вызвали наркологическую бригаду, была поставлена капельница и рекомендовано обращение к психиатру. Однако родственники больного не восприняли рекомендации всерьез и к психиатру не обратились. В течение следующей недели больной лежал на кровати, отказывался от еды, не ходил на работу, общался очень мало, формально: “Да – нет”. В последующем родственники отметили, что он изменился: стал раздражительным, безответственным, холодным к детям и жене. Жена решила, что это все от алкоголя, очень серьезно с ним поговорила, после чего больной не пил около года.

В 2003 году он организовал свою фирму по транспортным перевозкам. Работа шла хорошо, но через полгода больной вновь запил, уехал на дачу и пил там три месяца. Ни на звонки с работы, ни на уговоры не

реагировал. Жена с детьми его покинула, и с 2003 года больной проживал с матерью. Официально развод был оформлен в 2005 году. Жена сейчас повторно вышла замуж. Больной продолжал выпивать, в опьянении был крайне агрессивен к матери. Неоднократно наносил ей побои, в связи с чем, в 2005 году был трижды судим: дважды условно и третий раз по ст. 116 УК РФ отбывал год в колонии-поселении. Вернулся оттуда 10 сентября прошлого года. В этот же день позвонил сыну и сказал, что придет в гости, но так и не появился.

В течение первых трех дней пил, выпил 2 бутылки коньяка. На второй день в состоянии алкогольного опьянения возникло ощущение, что за ним наблюдают, но кто наблюдает — не видел и на три дня уехал на дачу. Мать в это время попала в больницу с гипертоническим кризом. Ночью на даче больной услышал лай собаки и решил, что преследователи его там настигли. Вернулся в Москву и обнаружил, что матери нет дома, а в раковине были остатки рвотных масс и на столе вскрытые ампулы. Посчитал, что мать это специально инсценировала для него. Сразу же возникла тревога. Появилось ощущение, что дома есть прослушивающее устройство, а в телевизоре — камера видеонаблюдения. Решил, что это мать наняла людей за ним следить, потому что “она оклеветала его и посадила за решетку, сделала БОМЖом, хочет избавиться от него”. Когда выходил на улицу, то замечал, что за ним следят на разных машинах. Из квартиры сверху под видом ремонта шумели, воздействовали на его мозг, мешали спать, вызывали голоса, скованность движений. Иногда возникали своеобразные приступы, когда у него сжимало голову и закладывало в ушах. Это длилось несколько секунд, затем возникала сильная головная боль. Эти приступы повторялись до четырех раз в сутки. Ощущение воздействия на мозг и движения возникали только в его комнате, там, где он спал. Когда мать выписалась из больницы, то увидела, что сын очень тревожен, говорил шепотом, зашторивал окна, очень плохо спал ночами, отказывался от еды, в основном пил чай или кофе, часто курил, был подозрительным. Уже через неделю практически не выходил из дома. Все время лежал в постели, отказывался от еды и общения. 25 ноября 2006 года, лежа в кровати, нанес себе поверхностное ранение ножом в область сердца. Вышел к матери и обвинил ее в том, что она специально подложила нож ему в комнату. Мать вызвала скорую помощь, и больной был стационарирован в НИИ Склифосовского. Рана оказалась не проникающей, и после хирургической обработки больной был переведен в нашу больницу.

Здесь к анамнезу следует добавить следующее. Мать больного всегда очень сложно относилась к квартирному вопросу. В свое время она подавала исковое заявление в суд на родную сестру, чтобы та прописала ее в своей квартире на том основании, что она

полгода жила у сестры двадцать лет тому назад. Суд она проиграла. Когда больной был в местах лишения свободы, мать его выписала из квартиры, а по его возвращении категорически отказывается его прописать.

Соматическое состояние. Внешне без особенностей.

Анализы в пределах нормы.

Терапевт. Хронический гастрит.

ЛОР. Аллергический ринит, аллергический фарингит.

ЭЭГ. Умеренно выраженные изменения биоэлектрической активности мозга с признаками раздражения корковых структур с дисфункцией мезодизэнцефальных образований слева. Тенденция к снижению порога судорожной готовности коры головного мозга.

Невропатолог. Энцефалопатия сложного генеза: дисциркуляторная, посттравматическая, интоксикационная.

Психический статус при поступлении. Сознание не нарушено. Ориентирован всесторонне правильно. Дает о себе анамнестические сведения. Подробно и полно рассказывает о своих переживаниях. Ответы на вопросы по существу. Несколько тревожен. Мышление паралогичное. Обстоятельность проявляется только при рассказе о своих бредовых переживаниях. Фиксирован на них. Уверен в том, что мать связана с его преследователями. Ищет помощи, т.к. считает, что его хотят убить, убежден в реальности всех происходивших с ним событий. Галлюцинаций, ощущения воздействия на него и суицидальных мыслей во время беседы с ним и в отделении не испытывает.

Первое время больной получал оланзапин — 10 мг утром в сочетании с реланиумом в/м по 10 мг утром и на ночь. Со второго дня лечения тревога ушла. Внезапно стал многоречив, речь ускорена, быстро вступил в контакт с другими больными. Продолжал высказывать бредовые идеи отношения к матери. Выстраивал паралогичную систему доказательств, стараясь убедить врача в своей правоте. При этом постоянно просил разрешения позвонить домой: “Надо узнать, как мама себя чувствует”. С нетерпением ждал ее прихода. Настроение чаще было приподнятым. Был активен, подвижен, навязчив с просьбами к персоналу, с трудом подчинялся режиму, старался управлять другими больными, устанавливать свои правила в отделении: “Почему нельзя пить чай в два часа ночи?”. Обманы восприятия, ощущения воздействия и преследования в отделении не отмечались, однако, сохранялась убежденность в реальности происходивших событий дома. На второй неделе лечения, несмотря на повышение дозы оланзапина до 20 мг в сутки, поведение оставалось такое же. 25 декабря терапию изменили: вместо оланзапина назначили галоперидол по 15 мг в сутки и карбамазепин по 200 мг утром и вечером.

Ведущий: *Значит, статус был не только бредовой, а еще и гипоманиакальный?* — Да. У него был

персекуторный бред, а аффект маниакальный: ни минуты покоя, веселый, довольный, чай, больные, руководит, опекает. — *А страх был?* — Мне кажется, что даже с первого дня его не было совсем. Он говорил о нем, но внешне его не было видно. — *Критики тоже не было?* — Нет. — *Он оставался не критичным, а аффект маниакальным?* — Да. — *Что Вы давали из корректоров?* — Циклодол.

На терапии галоперидолом и карбамазепином очень быстро выровнялось настроение. Стал упорядоченным, перестал нарушать режим, носиться по отделению, движения стали плавными, речь ровной, последовательной, не ускоренной, такой, какой была раньше. Чаще стал звонить детям, узнавать, как у них дела. До этого он в основном звонил маме. Стал строить планы на будущее, советоваться с врачом, как ему поступить после выписки, куда ему выписываться. Однако уверен в том, что все происшедшее с ним до больницы — реальность, мать хочет лишить его жилья и оставить БОМЖом. Мать больного говорила мне, что пока он находится здесь, она собирается продать квартиру и переехать, чтобы скрыться от него. Причины, почему она хочет это сделать, она не называет. Она бы это давно сделала, но у нее прописана его дочь. Подала исковое заявление в суд. Она считает, что ему как психически больному, должны дать какое-то жилье.

Психолог Н. И. Гостева. Мы проводили обследование дважды. Первое обследование было полтора месяца назад.

Заключение от 06.12.06 г. Обследуемый ориентирован правильно, контакту доступен. Напряжен, насторожен, недоверчив. Реактивно звучат моменты, связанные с матерью. Инструкции усваивает и выполняет в нормальном темпе. Внимание неустойчивое, страдает способность к концентрации и распределению внимания. Память снижена. Кривая запоминания — 7, 8, 8, 8, отсроченное воспроизведение — 4 слова, что значительно ниже нормы. Воспроизведение с нарушением избирательности. Опосредование эффективно на 40%, в остальных случаях больной воспроизводит опосредующий образ вместо стимула. Ассоциативный процесс протекает со значительными трудностями, образы бедны, малопродуктивны, в основном строятся на стандартных связях. Сфера мышления характеризуется искажением процесса обобщения в форме актуализации латентных признаков, элементов разноплановости и резонерства. Например, сравнивая понятия: карандаш и ботинок, считает, что общей характеристикой этих двух предметов является то, что они оба оставляют след. Сравнивая бабочку и глобус, то, что они оба кружатся и разноцветные. Выполняя методику классификации предметов, испытуемый объединяет карточки, изображающие животных, растения и глобус, называет эту группу “земной шар”. Упорно оставляет единичную карточку в той же классификации предметов с

изображением градусника, доказывая, что эта карточка никакой из групп не подходит. Также нарушена критичность мышления. Эмоционально-личностная сфера характеризуется внутренней напряженностью, легкостью возникновения аффективной дезорганизации.

Таким образом, на первый план выступают расстройства в сфере внимания, мнестическое снижение, а также интеллектуальные нарушения в форме искажения процесса обобщения, нарушения критичности мыслительной деятельности. Все это в сочетании с особенностями личностной сферы настораживает в плане процессуальной этиологии данных нарушений.

Динамическое обследование проводилось спустя полтора месяца после первого обследования (16.01.07 г.).

Больной спокоен. Охотно участвует в повторном эксперименте. Поведение стало более упорядоченным и, по-своему, более целенаправленным. Изменилась графика рисунков. Если раньше они наползали друг на друга, то при втором обследовании рисунки выполнены чисто. Заметно снизилась тревога. Формально характеристики рисунка второго эксперимента говорят об эмоциональной обедненности, непродуктивном характере ассоциаций. В графике появляется стереотипия. Из двенадцати предъявленных стимулов в десяти случаях больной рисует просто человечков. (*Вообще, когда мы на динамическом обследовании видим подобную графику и подобные графические характеристики, мы уже можем говорить о формировании шизофренического дефекта*). Сфера мышления с искажениями процесса обобщения в форме актуализации латентных признаков, элементов разноплановости, резонерства. Еще второе обследование выявляет соскальзывание. Соскальзывание наблюдается при интерпретации пословиц. Например, пословицу “Лес рубят — щепки летят”, больной толкует как кошение травы. При этом говорит: “Вот, человек косит траву, трава сразу ложиться на землю”. Я спрашиваю: “Какой косою косят: обычной или бензокосою?”, — “Обычной”.

Вообще интеллект у больного невысокий, недостаточно структурированный, суждения поверхностны и выражены трудности вербализации при формулировании своих мыслей. Эмоционально-личностная сфера: в первый раз реактивно звучали моменты, которые связаны с взаимоотношениями с матерью, это была монотема больного, он соскальзывал на нее с любой методики; во второй раз, когда беспокойное поведение купировано, повышенная нецеленаправленная активность ушла, снизилась напряженность аффективных переживаний. Обращает внимание однообразие эмоционального реагирования, что тоже дает нам возможность в совокупности с другими показателями говорить о формировании мотивационно — волевого дефекта.

Ведущий: *Может быть это 15 мг галоперидола?* — А это решайте уже вы, клиницисты. — *Но вы, психологи, это можете как-то различить?* — Больной стал упорядоченным благодаря фармакотерапии, и мы можем на динамическом исследовании увидеть тот сухой остаток, о котором мы сейчас говорим.

Больному также проводилась методика **ММРП**. Получился график с выраженным повышением клинического профиля по шестой шкале. Это шкала ригидности аффекта или шизофреническая шкала. Есть повышение профиля по четвертой шкале, это шкала психопатизации. Мы, конечно, будем рассматривать это в сочетании. Так вот, для лиц с клиническим пиком на шестой шкале характерна в принципе личностная дисгармония и дезадаптивные состояния. Риск агрессивного поведения в этом случае увеличивается, а успешность коррекционных мер уменьшается, так как у больного имеются сложившиеся убеждения о несправедливости и враждебности отношения к нему окружающих (что является фундаментом для самооправдания своих агрессивных действий). Эта агрессивная реакция вообще всегда избыточна у лиц такого профиля по отношению к причине конфликта. Лишенные гибкости и маневренности, подобные личности легко наживают себе врагов, а если врагов нет, то они способны их выдумать. Это шестерка, ригидность аффекта — шизофреническая шкала.

Ведущий: *А если взять, например, брутального психопата, который создает тоже конфликтную ситуацию и не признает чужого мнения, то, как отличить это от шизофренической шкалы?* — Мы всегда смотрим совокупность шкал. При том, что называете Вы, обязательно должны быть повышены, кроме шестерки, четверка и восьмерка. Защитные механизмы при такой повышенной шестерке — это проекция, т.е. индивид приписывает окружающим те недоверчивость и враждебность, которые присущи ему самому. Рационализация. Эти защитные механизмы способствуют формированию паранойяльных тенденций и паранойяльного поведения. В данном случае такие механизмы, даже при шизофрении, на первых порах защищают внутреннее “я” от разрушения, снижая болезненную напряженность аффекта.

Таким образом, по динамическому обследованию мы видим специфические процессуальные нарушения мышления и эмоционально-личностной сферы. Формирование мотивационно-волевого дефекта.

Ведущий: *Спасибо. Какие вопросы к лечащему врачу?*

— *Я хочу уточнить, как развивался психоз. Начался он где-то в начале сентября?*

— 11 сентября он выпил пиво, потом он почувствовал, что за ним следят. — *Как дальше развивалось состояние до ноября месяца?* — Он просто ощущал, что за ним следят. — *Когда закончилась эта слежка за ним?* — Как только он оказался в институте Склифосовского, там он уже не ощущал. — *Получается,*

это больше полутора месяцев? — Да, пока он находился в квартире.

Ведущий: *В милицию он не обращался?* — Нет, он месяц лежал. — *А ведь в первом психозе он тоже лежал?* — Да, неделю. — *Но параноида там, вроде бы, не было.* Было нелепое поведение: он рвал бумагу, плевал в окно. *А Вы не расспрашивали его, что он тогда ощущал?* — Я узнала об этом эпизоде только вчера и со слов тещи.

— *Между первым и вторым приступом прошло четыре года. Интересно, как он вел себя, когда не пил, что он из себя представлял?* — Он был абсолютно упорядочен в поведении, был общительным, активным, деятельным человеком. Несмотря на то, что пил по вечерам, с утра вставал, ехал на работу, решал дела до этого эпизода в 2002 году. Он стал пить и увольняться с работы с 1998 года после смерти отца, но быстро находил новую работу и хорошо адаптировался. А вот после эпизода в 2002 году он уже не удерживался на работе. — *Но он в 2003 году организовал свою фирму.* — Да, был такой момент, но теща отмечает, что после 2002 года он очень изменился: стал более безответственным, малоэмоциональным. — *Она считает, что он был ненормальным после этого эпизода?* — Она так не считает. Она считает, что первый психоз был связан с алкоголем, а поступил он в психиатрическую больницу “Потому что у него такая плохая мама, она его сюда упекла”.

БЕСЕДА С БОЛЬНЫМ

— Добрый день! Присаживайтесь, пожалуйста. У нас расширенный консилиум. Это все доктора. Расскажите о себе. Как Вы себя сейчас чувствуете? — *Сейчас нормально себя чувствую, даже можно сказать, хорошо.* — А что ушло плохого? — *То, что был необъяснимый испуг, неординарный испуг.* — Значит, это главное, на что Вы обращали внимание? — *Да.* — Сколько месяцев этот испуг длился? — *Полтора месяца.* — Каждый день был испуг? — *Да, перед неизвестным будущим.* — А что, будущее представлялось угрожающим? — *Да, стечения обстоятельств немножко угрожало.* — Что, например, Вас больше всего пугало? — *Родная мать, ее неадекватное поведение по отношению ко мне непосредственно, ее озлобленность по отношению ко мне очень пугало. Ей помогали какие-то люди, которых я не знал.* — Они к Вам относились плохо? — *Они производили те действия, которые принудили меня к тому, что я совершил, к суициду.* — Что же делали эти люди? — *Постоянно велось наблюдение за мной, но этих людей я не замечал. Я мог чувствовать и понимать, что производится данное наблюдение, но объяснить сам себе его историю никак не мог.* — А как Вы чувствовали, что наблюдение ведется? — *Происходили различные действия в плане того, что, мне казалось, что в квартире стояли прослушивающие устройства.* —

По каким признакам Вы догадывались о том, что стояли прослушивающие устройства? — *В какой-то момент происходили электрические щелчки, которые могли включать это оборудование. Мне казалось, что так оно и есть.* — То есть по каким-то щелчкам, Вы определяли, что включается подслушивающее оборудование? — *Именно так.* — Только таким опосредованным способом Вы обнаруживали эти устройства? — *Да, как таковых я их не искал, не находил.* — Почему же Вы не пытались их найти? — *Насколько мне известно, такое оборудование очень мелкое, его трудно найти.* — Но щелчки же оно создавало. — *Во время просмотра телевизора и не только.* — Когда Вы смотрели телевизор, Вы ничего подозрительного не замечали в передачах по отношению к себе? — *В передачах ничего подозрительного по отношению ко мне не велось.* — Почему, когда раздавались щелчки, то Вы думали, что это подслушивающие устройства? Может быть, Вы что-то еще замечали, как результат подслушивания? — *Я много чего замечал. Это сложно объяснить.* — Ведь подслушивать человека можно, только если он с кем-то разговаривает? — *При общении с моей матерью.* — Значит, эти люди подслушивали Ваше общение с матерью? — *Да.* — По каким еще признакам, Вы замечали, что эти люди существуют? — *Проводилось наблюдение на улице с различных автотранспортных средств.* — Например? — *Различные машины ездили.* — Но они и так ездят. — *И так ездят, но тут я даже запоминал некоторые номера. Мне постоянно попадались одни и те же номера, и они слежкой занимались.* — А постоянных водителей Вы видели? — *Водителей я не видел.* — Вы скажите про разные средства транспорта. Из автобусов тоже следили? — *Только из легковых машин и газелей.* — Сколько приблизительно было машин, которые за Вами следили? — *Около пятнадцати машин.* — Стоило Вам только выйти на улицу, как они сразу появлялись? — *Они не все появлялись, а по одной, по две. В различные места, разные машины передвигались.* — Если, например, Вы шли в магазин? — *Одна или две машины следовали за мной, какая-то встречала, какая-то провожала.* — То есть, они менялись? — *Да, они менялись.* — В доме засады устраивали? — *В доме такого не было.* — Со стороны соседей признаки слежки были? — *Не было.* — Какие-нибудь подозрительные звуки сверху, снизу были? — *Сверху подозрительные звуки велись. Там как будто постоянно менялась ванная, как будто все разбивалось каждый день.* — Такое трудно себе даже представить. А зачем каждый день менять ванную? — *Я не знаю. Это навело меня на такие мысли, что с верхних этажей ведется наблюдение и это насильственное звуковое давление сверху.* — Создание такого шума Вы называете звуковым давлением? — *Шумовое давление было различным, как будто работали перфораторы постоянно, молотки.* — Сколько продолжалось шумовое давление? — *В течение двух месяцев.* — И ночью

тоже? — *Ночью старались утихать, и происходили звуки другого рода.* — Какие? — *Лилась вода.* — Где? — *Наверху. Как будто переливали воду из сосуда в сосуд.* — Как можно услышать, что наверху переливают воду из сосуда в сосуд? — *У нас слышимость очень сильная, потому что тонкие бетонные стены.* — Вы рассказывали доктору, что шумом это не ограничивалось, еще воздействовали на мысли. — *Да.* — Расскажите подробнее, как воздействовали на мысли? — *Я живу на втором этаже, а мне казалось, что надо мною, на третьем, установлено какое-то генерирующее устройство, оно то включалось, то выключалось, и часто происходили спазмы мозга.* — Что Вы при этом ощущали? — *Сдавливало очень сильно мозг.* — Он становился меньше? — *Нет, очень сильная довлеющая боль.* — Именно боль? — *Да, и потом резко отпускала, как бы уколами, и потом все начиналось вновь.* — При этом появлялись особые мысли? — *Различные мысли наводили, плохие мысли.* — Это были Ваши мысли? — *Нет, не мои, они были навязаны.* — Какие, например? — *Постоянно казалось, что мне что-то подсказывает покинуть эту жизнь.* — Это были мужские или женские мысли? — *Этого различия я не видел совершенно.* — Кроме как на голову, другие ощущения в теле были? — *Побаливало сердце.* — Тоже от той машины наверху? — *От того, что оказывались боли на голову, побаливало сердце.* — А непосредственно на сердце не действовали? — *Нет, это уже как последствие было.* — А на другие органы действовали? — *На другие органы, нет.* — Заставляли Вас лежать, ходить, или стоять? — *Было такое ощущение, как будто принуждают находиться все время в постели.* — И долго Вас заставляли неподвижно лежать в постели? — *В течение дня большую часть времени.* — Было такое, что Вам, например, нужно в туалет, а Вас не пускали? — *Такого не было.* — На желудок воздействовали? — *Нет, не воздействовали.* — На чувство аппетита? — *Аппетит был подавленный, плохой аппетит.* — Тоже они действовали? — *Я не могу этого сказать, для меня это не ясно.* — На сон воздействовали? — *На сон воздействовали.* — Они узнавали, как Вы спите, какие сны видите? — *Не знаю, это мне не ясно.* — А о Ваших мыслях они знали? — *По моему мнению, могли, но мне это не ясно, я не могу судить об этом даже.* — Могли они по Вашим мыслям узнать то, что Вы собираетесь выйти из дома и прислать машины, которые Вам уже известны? — *Нет, они ничего у меня не узнавали. Их движение было иногда даже хаотичным. Но, все равно, попадались одни и те же номера и одни и те же марки машин.* — Вы к этому как-то привыкли за два месяца? — *Как можно к этому привыкнуть?* — Ну, следят и ладно. — *Нет, от этого и создается впечатление у меня, что довлеющий фактор был к суициду. Мне это наоборот, надоело.* — А почему Вы не обратились в милицию за помощью? — *У меня не было такого желания.* — А интересно, почему? — *Не*

знаю, почему. — Чувство страха у Вас было? — Чувство страха было и перед тем и перед этим. То есть все в совокупности и довело меня. Потому что я недавно вышел из заключения и меня пугало обращаться в милицию. Я даже думал, что это мать пытается меня выгнать из квартиры при помощи милиции. — Сколько времени прошло с того момента, как Вы вышли из заключения, до того момента, как началась вся эта история? — Три дня. — Вы помните самый первый день, с чего все началось? — С ощущения, что производятся наружные наблюдения на улице. — Это машины? — Да. — Испугались? — Испуга не было. Я уезжал на несколько дней на дачу, а когда вернулся, то стал обращать внимание уже на то, что происходит дома. — А на дачу Вам далеко ехать? — Два часа на электричке. — В электричке, на вокзале были подозрительные люди? — Нет, подозрительных не было. — И на даче тоже не было? — Нет, там все нормально было, спокойно. Было только один раз, когда собаки лаяли, я подумал, что какие-то люди подходят, смотрели. — Несколько лет тому назад, в 2002 году, у Вас тоже было какое-то странное состояние, помните? — Я помню. — Не могли бы Вы подробнее об этом рассказать? Это было на даче? — Нет, не на даче. Это после работы произошло, после работы обычно утомленный организм и родственники вызвали скорую помощь. — Нет, я о другом эпизоде хотел спросить. Вы рисовали круг, обнаружили у себя экстрасенсорные способности. — Я об этом уже позабыл, это было в прошлом. Мне даже трудно восстановить картину. — Давайте, все-таки попробуем вспомнить. — Это невозможно. Надо подготовиться специально, чтобы это вспомнить, а сейчас это для меня невозможно. — Тогда же был период, когда Вы лежали, отвернувшись, и не хотели ничего делать, у Вас было подавленное настроение. — Такого не было. — А сколько тогда продолжалось такое необычное состояние? — Не больше недели, три-четыре дня, потом я приступал к работе. — Это был единственный случай? — Да. — Вы были в колонии-поселении? — Да. — Вы работали там? — Я не работал, потому что у меня, все-таки большое сердце. — А что же Вы делали? — Работать все равно приходилось, потому что дрова заготавливали на всех. — Жили в бараке? — Да, жили в бараках. Вместе заготавливали дрова, вместе их пилили, вместе кололи. — Сколько Вы там были? — Год и два месяца. — Какие у Вас были отношения с Вашими товарищами? — Товарищей у меня там не было. Обыкновенные отношения. Контактывал со всеми, но близких друзей там не было. — И плохих отношений не было? — И плохих отношений тоже не было, никаких драк тоже не было. — Вы человек уживчивый? — Вообще уживчивый. — А если там между ними конфликты возникали? — На моих глазах не возникало конфликтов, потому что в нашей колонии заключенные старались этого избегать. — Боялись? — Нет, не боялись. Им

просто выгодно было этого избежать и стараться казаться лучше, чтобы их освободили условно-досрочно. — Вас тоже освободили досрочно? — Нет, я там был весь срок. — Теперь перенесемся в настоящее время. Когда Вы поступили в эту больницу, сразу поняли, что это за больница? — Да, сразу. — Вы согласились с тем, что Вас сюда привезли? — Посчитал, что в данный момент, правильно. — Что Вы психически больной? — Не психически больной, а в психически неуравновешенном состоянии. — А в чем была неуравновешенность? — В том состоянии, что мой организм довелся до суицида. — То есть можно сказать, что Вас довели до суицида? — Можно и так сказать. — Здесь Вам спокойнее стало, или тоже замечали что-то подозрительное? — Здесь я ничего не замечал, стал спокойнее, погасились те мысли, которые были. — После того, как Вы здесь стали лечиться, у Вас появилось повышенное настроение, большая активность. — Надо учитывать, что я пришел подавленным из заключения. — А почему у Вас подавленность была, Вас ведь, наоборот, освободили? — Организм был уставший, изможденный, это здесь я поправился. Я весил 68 кг, когда вернулся, сейчас я вешу 90 кг. Это мой нормальный вес. — А почему Вы там так похудели? — Работал много, питание не позволяло. — И тут еще началась эта история? — Да. — А Вы согласны с тем, что после того, как Вы оказались в нашей больнице, у Вас появилось повышенное настроение? — Мне оказалась та непосредственная помощь, в которой я, наверное, нуждался, и сейчас нормальное настроение. — Сейчас-то, да, но был период, когда Вы были прямо заводной какой-то? — Не знаю, я за собой этого не замечал, извините. — Подытожим все, что Вы сейчас рассказали. Это была реальность или могло показаться? — Я до сих пор думаю, что это могло быть и реальностью. — Задействовать много машин, проводить специально какие-то бесконечные ремонты в доме, ведь должно быть включено много людей. Это очень дорого стоит. И все из-за чего? Из-за того, что какую-то несчастную квартиру делят? — Если логично, то, конечно, это смешно, но те действия, которые производились, казались реальностью. — Подождите, казались или были реальностью? — Мне они казались реальными. — А если сейчас мы это оцениваем? — Сейчас я нахожусь в другой обстановке. — Но здесь слово “казались” ключевое. Так это все-таки казалось или было реально? — В этом надо убедиться. Я в этом не убедился, значит для меня это нереально. Я не убежден в этом, потому что кто-то еще должен был наблюдать и подтвердить этот факт, а я сам себя могу убеждать, но это глупая игра получится. — А Вы не боитесь, что выйдете из больницы, и там все это продолжится? — Не боюсь, тогда я точно пойму, что это реальность и обращусь в органы, и приму нужные действия. — Теперь понятно. Еще такой вопрос. Вы рассказывали доктору, что хорошо выпивали. — Это

очень давно было. — У Вас алкоголизм был, как Вы думаете? — Приходилось лечиться, то есть, кодироваться. — Вы кодирование лечением не называете? — Нет. — Я так понимаю, что кодирование на Вас совершенно не действовало? — Нет, совершенно. — Вы же много раз кодировались? — Пять раз. — Как Вы кодировались, что Вам делали? — И по Довженко и уколы. — Уколы куда делали? — В вену. — С провокацией? — Я не знаю, что это такое. — Было так, что Вам давали на язык спиртное, а после этого у Вас дыхание нарушалось, судороги были, жар? — Я не помню, я на этом не обострял внимание. Жар был, когда укололи. — И Вы продолжали опять выпивать? — Совершенно верно. — Запой у Вас были? — Нет. — А что Вы называете запоями? — Если человек не отрывается от бутылки три-четыре дня. — Вы опохмелялись, когда накануне много выпивали? — Нет. Я спокойно чувствовал себя на утро, и спокойно выезжал на работу на своей машине. — А сколько Вы могли выпить накануне? — 250 – 300 г. — Водки? — Да. — Это максимум? — Да. — А вообще, сколько Вы могли выпить за день? — Бутылки полторы водки, но это с хорошей едой, с хорошей закуской, когда находился на даче. — А после такой дозы надо было опохмелиться? — Нет. — Может быть, Вы терпели до вечера? — Нет. У меня такой тяги не было, чтобы опохмелиться. — Вы же почти каждый день выпивали? — Пил пиво — 5 – 6 бутылок за ужином. — Почему же жена так активно заставляла Вас ходить кодироваться? — Она считала, что это может привести к более сильному выпиванию, поэтому заранее хотела подстраховаться. — Вы в состоянии опьянения были агрессивны? — Нет. — А каким Вы были? — Спокойным. Поужинаю, и ложился спать. — Вы можете сказать, что это все-таки был алкоголизм? — Да, наверное, это так называется. — А в будущем будете выпивать? — Наверное, да. — А если мы Вам посоветуем не пить, то как? — Я продержался год с лишним. — Но это Вы были в заключении. — Я часто сам бросал, и по году не пил. — Безо всяких кодировок? — Да. — А после кодирования, Вы злой становились? — Нет, не становился. Я объяснял своим родственникам, что для меня это все чуждо, неприемлемо, я сам могу бросить пить. — Почему, все-таки надо было развестись с женой? — Стечение обстоятельств. Это личное. — Хорошо, тогда не надо об этом. Какие вопросы у врачей?

Вопросы. — Ваша теща рассказывала, что после того состояния в 2002 году Вы стали немножко другой: более замкнутый, менее активный, что-то в характере сломалось. — Конечно, в жизни изменилось очень многое, столько ударов сразу. Я мог стать более замкнутым, менее разговорчивым. — Это произошло за продолжительный период? — Это все частями, но по нарастающей, т.е. не постоянно стабильно, а частями. — Это за счет различных ситуаций? — Различных срывов, жизненные ситуации иногда

доводили до конфликтов на работе. — Сейчас у Вас есть друзья, люди с которыми Вы общаетесь? — Конечно. — Сейчас у Вас друзей меньше стало? — Я как пришел из заключения, еще не успел встретиться со всеми друзьями. Этому еще препятствует мать, дружбе с нормальными хорошими людьми. Ей кажется, что “все кругом плохие, тебя заведут” и т.д. — До сентября, еще в заключении, у Вас было подавленное настроение? — У меня здесь в отделении есть моя фотография, где я после прихода из колонии с детьми. Вы бы сами увидели, что я там нормальный спокойный человек, который любит детей, любит жизнь, любит своих окружающих. На одной фотографии много можно увидеть.

— Скажите, пожалуйста, почему Вы по году не пили — не хотелось? — Нет, я без всякого спора просто сказал жене: “Хочешь, я завяжу?”, она сказала: “Давай, посмотрим”, и я девять месяцев вообще ни глотка. — И не тянуло? — И не тянуло. — А зачем тогда начали опять? — Хотелось. Это рабочая обстановка иногда доводила до такого, потому что у каждого бывают нервные срывы после работы. — Значит, тянуло выпить? — Иногда, да. — А бывало так, что так хочется, что нельзя не выпить? — Такого не было. Для меня это не приемлемо. — Вы пили каждый день? — Нет. — Когда Вы бросали, то совсем не пили? — Я пил пиво “Сокол” № 1 безалкогольное. У меня это было авторитетное, очень приемлемое пиво.

— Что Вы больше всего любите делать в жизни, от чего удовольствие получаете? — От работы на даче. Я умею практически все. У меня была квартира, я весь ремонт сделал своими руками, правда с помощью своих друзей. Любовь к жизни научила меня практически всему. Что-то мне приспичит, я сделаю сам, хоть медленно, но верно. — А что такое — любовь к жизни? — Не могу объяснить. Иногда фотографии объясняют лучше, чем мы. — Читаете сейчас что-нибудь? — Я читал только в детстве, книг я мало прочитал. — Когда была слежка, Вы в это время употребляли спиртное? — Последний раз, когда слежка была, я только два дня выпивал, но не сильно. — Почему же Вы в это время перестали пить? — Я захотел проверить сам себя, а не от пьянки ли у меня какие-то галлюцинации. — И оказалось, что не от пьянки? — Нет. — А от чего тогда? — Я не могу ответить на этот вопрос. — Когда вернетесь домой, Вы будете у матери спрашивать о преследовании? — Нет, это ни к чему. — Почему? — Потому что ее расстройство будет более неадекватно, чем какое либо другое поведение. У матери будет отношение к этому еще хуже, чем могло бы быть. — То есть Вы не хотите этими вопросами принести ей вред? — Ни в коем разе.

— Когда она приходит сюда, Вы с удовольствием ее встречаете? — Конечно. — Разговариваете с ней на эти темы? — Нет.

— Вот перед Вами предмет лежит, посмотрите, пожалуйста, что это такое? — *Я не знаю, диктофон, наверное. Я таких не видел и не знаю.* — Вы ведь дома боялись, что Вас подслушивают. — *А здесь мне нечего бояться. Здесь я открыт перед вами и спокойно говорю то, что считаю нужным.* — И этот диктофон безопасен для Вас? — *Для меня он безопасен.*

— Вы считаете, что Ваши судимости были построены матерью? — *Да, я заключен обманом, я не успел доказать правду, хотя мог бы.* — То есть она специально обвиняла Вас в нанесении телесных повреждений, чтобы посадить? — *Да, чтобы избежать меня и этим воспользоваться.* — В каком смысле? — *Лишить меня квартиры, места жительства.* — Но Вы ее никогда в этом не упрекали? — *Упрекал. Я спрашивал, почему так сделано, но ответа не последовало.*

Ведущий: У Вас вопросы к нам есть? — *Нет, вопросов у меня к Вам нет.* — Тогда большое спасибо за беседу, до свидания.

ОБСУЖДЕНИЕ

Врач-докладчик: Психический статус больного определяется в основном бредовым синдромом. Бред паранойяльный, монотематический. Несмотря на упорядоченное поведение, доступность больного, критика к бредовым переживаниям отсутствует. Психический статус непосредственно перед поступлением в больницу включал в себя острый чувственный бред. Он проявился тогда, когда больной на даче увидел оставленные матерью ампулы и решил, что мать тем показывает ему то, что он ее “довел” и что ему будет плохо. Чувственный бред перешел в паранойяльный, систематизированный. Затем присоединились идеаторные автоматизмы в виде сделанных, внушенных мыслей, а также моторные и сенсорные автоматизмы, когда больной ощущал воздействие на свои движения и тело. Видимо имели место и слуховые галлюцинации в виде различных звуков вокруг его квартиры, которые больной включал в бред преследования.

Таким образом в данном случае можно поставить диагноз параноидной шизофрении. Заболевание манифестировало в 2002 году с транзиторного психотического эпизода и спустя несколько лет дало выраженное обострение. Можно предполагать, что это обострение было спровоцировано психогенными воздействиями (заключение, конфликты с матерью), а также имевшейся ранее хронической алкогольной интоксикацией. По мнению В. А. Гиляровского длительная психическая травма, тюремное заключение, соматогения могут явиться провоцирующим фактором развития бредового психоза.

А. В. Павличенко. Это в любом случае болезнь шизофренического спектра, либо в рамках шизоаффективного расстройства, либо в рамках параноидной

шизофрении. Здесь больше данных за параноидную шизофрению. Мне показалось, что в 2002 году был шизоаффективный приступ, после которого отметились изменения личности. По описанию доктора в стационаре звучали выраженные маниакальные расстройства. Но по нынешнему статусу мании не было, и больной тоже ее отрицает. Не было аффективного расстройства и непосредственно предшествующего возникновению бреда, и в анамнезе. Бредовое настроение, включающее элементы чувственного бреда, может дать острый чувственный бред в классическом понимании, т.е. шизоаффективный приступ, и также может быть основой, по описанию Курта Шнайдера, возникновения первичного интерпретативного бреда. Здесь никакого разногласия нет. Курт Шнайдер считает бредовое настроение основой первичного и вторичного бреда. У больного это было. А потом развернулся классический синдром Кандинского-Клерамбо. Были яркие идеаторные (вкладывали мысли), сенсорные (спазмы мозга) и моторные (“не мог встать, заставляли лежать”) автоматизмы. Моторные автоматизмы характерны именно для параноидной шизофрении. Что интересно в данном случае, это локальность бреда. Бред развивался именно в квартире (воздействуют мама и соседи сверху) и нет расширения бреда за счет вовлечения других ситуаций. Это даже напоминает психоз инволюционного возраста. Такая монотематичность и конкретность бреда может рассматриваться как атипия. Сейчас можно говорить о выходе из психоза, но сохраняется резидуальный бред. Больной не дистанцируется от своих психотических переживаний, его бредовой психоз сцеплен с личностью. И это тоже говорит против шизоаффективного психоза. По анамнезу в наследственности прослеживаются две линии: алкогольная — со стороны отца и эндогенная — со стороны матери. Алкоголизм у эндогенного больного со спонтанными ремиссиями — до года, даже не связанными с лечением. В этом есть атипия. Я согласен с доктором, это — параноидная шизофрения и, как второе заболевание — алкогольная зависимость. Лечить лучше пролонгами, например, галоперидолом-деканаатом. Прогноз неблагоприятный, учитывая его социальный статус.

А. А. Глухарева. Атипичность данного случая — это отчетливый маниакальный аффект. Мы были потрясены: массивнейший персекуторный бред, трудная социальная ситуация — жить негде, и радостный аффект! Он все время бегал, опекал больных, делал тысячу звонков, не спал ночами. Пациенты из его палаты просили убрать его от них, он не давал им покоя. Это весьма атипично для такого бредового статуса. Так себя ведут маниакальные больные. У нашего больного плохие перспективы. Бред будет со временем расширяться, у него нет постоянной регистрации, трудное материальное положение, мать всю жизнь борется за квартиру. Он даже не сможет подать в суд.

М. Е. Бурно. Клинически-классически, по школе Снежневского — это для меня шубообразная шизофрения, и алкогольное осложнение, вторичный алкоголизм. Думаю, что болен он уже давно. Сами шубы в 2002 и теперешний смешаны, и, вообще, типичная “шубная” картина. Шубы не назовешь чисто депрессивно-параноидными. Они скорее, аффективно-параноидные. Потому что здесь вместе с параноидным бредом, явления синдрома Кандинского. Алла Анатольевна говорила про “великолепный радостный аффект”, с которым больной опекал других больных. Аффект перемешанный. Аффективное расстройство шизофренически расщеплено. Ганнушкин писал еще в “Клинике психопатии”, что по аффективной расщепленности можно серьезно думать о шизофреническом происхождении этих аффективных расстройств. Если больной, как Ганнушкин отмечает, радостен, настроение у него прекрасное, а душа пустая, то вот она, расщепленность. Душа пустая, и он при этом, например, совершает самоубийство в радостном веселом настроении, даже без принуждения, как здесь чужие мысли толкали покинуть мир. Это есть расщепленный аффект. Поэтому тут не просто депрессия, не просто мания, а все это перемешано, расщеплено, одно звучит в другом. Это признак эндогенно-процессуальной расщепленности, в других случаях мы этого практически не встречаем, такой аффективной расщепленности. Что касается бреда. Бред, по-моему, параноидный, первичный классический. Чем отличается классический параноидный бред от паранойяльного? Тем, что паранойяльный бред, это бред без явных нелепостей, без галлюцинаций, т.е. бред, который надо проверять беседой с очевидцами. А параноидный бред, это бред, который проверять не нужно. Тут нелепости налицо. Мы что, будем проверять, что пятнадцать автомобилей за ним наблюдают, что каждый день для него меняют ванну наверху? Этот бред возникает не из угрожающей обстановки, психогенно, а возникает сам из себя, как изначальный бред преследования, как бредовое восприятие, нелепый, его психологически невозможно объяснить. Тут нет психологической понятности по Ясперсу в сравнении с психогенным расстройством. Паранойяльный бред тоже психологически, логически непонятен. Но паранойяльный не несет этих явных нелепостей. Тут важно отметить, что больной, даже в сегодняшнем виде, хотя он еще не вышел по-настоящему из своего психотического расстройства, производит впечатление душевно здорового человека для несведущего. И не удивительно, что к нему не относились в тюрьме, как к душевно больному, что жена не считает его душевно больным, а объясняет все алкоголем и психотравмирующими обстоятельствами. Это лишний раз говорит о том, что это не параноидная шизофрения в классическом клиническом понимании, а шизофрения шубообразная с аффективно-параноидными психотическими расстройствами в центре шуба, в центре клини-

ческой острой картины. Отсюда — известная личностная сохранный. Таким расстройством болел, например, психиатр Кандинский — и вне-шуба писал свою замечательную книгу о псевдогаллюцинациях. Ясперс поклоняется Кандинскому, много цитируя его в своей “Общей психопатологии”. Тут, конечно возникает вопрос: если бы Кандинского кормили пролонгами, написал бы он свои книги? Приходится сомневаться в этом. Теперь еще доказательства эндогенной процессуальности бреда, вообще непсихогенной психотичности этого бреда. Еще в студенчестве читал у Крепелина, что если бредовой больной, например, алкоголик с бредом ревности, вдруг видит какие-то реальные доказательства своих бредовых переживаний, то он как бы не замечает этого, не обращает на это внимания. Так же как больной шизофренией с бредом ревности, когда встречает в постели у жены реального любовника, то относится к этому удивительно спокойно. Это подчеркивает Крепелин в своем “Руководстве”. Всю свою психиатрическую жизнь я, благодаря этим страницам Крепелина, не боялся задавать больным такие вопросы как сегодня про этот реальный диктофон перед больным. Я видел, что больных таких это не волнует. При всем том, что больной еще не вышел из психотического состояния по-настоящему, с критикой. Он говорит о том, что все было: и реальность, и нереальность. Говорит, что реальность доказывается тем, что встречал же он в небольшом количестве одних и тех же людей, связанных с мамой. Это важно для понимания психотического непсихогенного бреда. Этот бред идет сам из себя, не перемешивается, не соединяется с реальностью, он как бы не имеет к ней никакого отношения, а реальность не имеет отношения к нему. Большой формально, вроде бы, критичен, но все-таки, нелепости, которые он “наблюдал”, это для него реальность. Для того, чтобы посчитать, что это болезнь, ему “надо в этом убедиться”. У него есть готовность к тому, что когда он выйдет из больницы, то это преследование может продолжаться. Он говорит: “Если я выйду из больницы и это будет продолжаться, то я пойму, что это все-таки реальность, и тогда обращусь в милицию. Это типично для эндогенного процесса. Шизофреническое психотическое расстройство в отличие, например, от инфекционного, — особенное. Больной так срастается с этим психотическим эндогенно-процессуальным расстройством, что критика полная тут вообще невозможна. Это тогда ставит под вопрос эндогенную процессуальность заболевания. Все равно в душе остается что-то тяжелое, тягостное про это, остается возможность реальности. И вопросами клиническими можно это обнаружить. Больной формально говорит: “Голоса, это все болезнь”. И тут же спрашиваешь его: “А может, спросите у того человека, может быть, это был все же его голос?”. И он: “На всякий случай спрошу”. Вот это обычно. И это есть шуб. Между шубами он тоже болен, хотя болен не остро

психотически, а субдепрессивно, неврозоподобно, психопатоподобно, как это и бывает между шубами. Но я думаю, что у него с давних пор идут эндогенно-процессуальные расстройства настроения. По причине этих расстройств настроения он и пил. Алкоголизм у него вторичный, шизофренический, когда он может, сказав себе что-то о пьянстве, жить совершенно трезво. Алкоголизм давний, но без алкогольных изменений личности, поскольку смешанный с шизофренией. По МКБ-10 это параноидная шизофрения с эпизодическим течением + синдром зависимости от алкоголя. Это — для статистики.

Кроме лекарственного лечения, больному, по-моему, показана психотерапевтическая помощь, состоящая, прежде всего, в том, чтобы дружески помогать ему элементарными приемами творческого самовыражения (оживляя индивидуальность) отделять реальное от нереального. Но это особый сложный разговор. Спасибо!

Ведущий. Я согласен с тем, что нынешнее состояние больного определяется становлением параноидной ремиссии. Становлением, потому что больной еще далеко не безразличен к перенесенному острому состоянию. Только наметилась дезактуализация бредовых и галлюцинаторных расстройств. Он вполне доступен, но доступность была и сразу после поступления в больницу. Лечащий врач отметила, что больной был достаточно спокоен с первого дня. В больнице не было ни страха, ни бредового восприятия, ни галлюцинаций. По-видимому, было справедливым замечание о, так сказать, локальности его психоза: и бред, и галлюцинации возникали преимущественно в его квартире либо недалеко от дома. Вообще — то такой феномен часто наблюдается у параноидных больных: в больнице они быстро успокаиваются. Я подчеркиваю то, что именно у больных с параноидным бредом, бредом толкования, а не у больных с аффективно — бредовым состоянием, где имеется аффект недоумения, бредовая централизация, диффузный чувственный бред и т.д. Конечно, нельзя не учитывать и то, что больной 5 дней пробыл в хирургическом отделении, где ему могли ввести успокоительные. Беседуя с таким больным, интересно наблюдать, как, рассказывая о своих бредовых переживаниях, больной на глазах снова погружается в них, исчезает сомнение в их истинности. В подтверждении того, что было отмечено на патопсихологическом тестировании, мы тоже могли наблюдать элементы нарушенного мышления в виде необычности некоторых выражений: “Довели мой организм до самоубийства... Чтобы избежать меня и этим воспользоваться”.

Как оценить весь период психотического состояния, предшествующего стационарированию? Как острый галлюцинаторно — бредовый синдром, а не аффективно — бредовой. Развитие этого состояния было характерно именно для интерпретативного бреда, а не для бреда особого значения и в дальнейшем

для шуба. К сожалению из анамнеза нам не известно, как чувствовал себя больной последнее время в заключении и сразу же после освобождения. Возможно, психоз начался несколько раньше, чем нам известно. Систематическое опьянение тоже вполне могло его спровоцировать или обострить, но на алкогольный параноид это, конечно, не было похоже. В самом начале острого состояния, возможно, были бредовые идеи особого значения. Однако это не противоречит стереотипу развития острого параноидного синдрома, т.к. и в его структуре, и в структуре острого синдрома Кандинского — Клерамбо могут присутствовать элементы бреда особого значения. В дальнейшем вся клиническая картина состояла из расстройств, характерных именно для острого параноидного приступа. Преобладали страх, тревога, боязнь за свою жизнь, систематизированный бред преследования, вербальные галлюцинации и триада синдрома психического автоматизма. И суицидальная попытка была характерна именно для галлюцинаторно — параноидного состояния: по приказу преследователей, вынужденно он нанес себе поверхностное ранение. В депрессивно — параноидном психозе, где преобладает депрессивный бред обвинения и самообвинения, больные обычно наносят себе более тяжелые повреждения. Весьма важно также, что в центре бредовых идей находится мать больного. Вообще, вплетение в бредовую фабулу близких родственников всегда отягощает диагноз. Нам трудно сказать, когда началось заболевание. Многие в поведении больного маскируется его пьянством. Правда, часто в опьянении больных впервые становится известно об их бредовых идеях. Здесь мы этого не знаем. Однако в 2002 году в состоянии опьянения возникло отчетливое острое психотическое состояние с нелепым поведением. По нему можно предположить, что у больного тогда тоже были галлюцинаторные расстройства, а возможно и бред собственного воздействия на окружающих. По мнению родственников после этого возникли специфические негативные расстройства личности. Поэтому мы можем считать, что заболевание началось в характерном для параноидной шизофрении возрасте — в 36 лет, скорее всего в результате наследственной предрасположенности по линии матери.

Какую патофизику в его болезнь принес алкоголизм? Мне кажется, что скорее можно говорить о влиянии эндогенного процесса на течение алкоголизма. У нас нет данных о наличии у больного 2-й стадии алкоголизма, т.к. ни он, ни мать не сообщили об абстинентном синдроме. Да и дозы, которые больной систематически употреблял, не превышали 200 грамм этанолового эквивалента в сутки, а по нашим данным только на такой дозе и выше обычно формируется похмельный синдром. Мы можем говорить о раннем появлении у больного на сравнительно низких дозах спиртного измененной формы опьянения — выраженной агрессии против матери, что часто бывает при

эндогенных психозах. Необычны и длительные спонтанные ремиссии, продолжительное необъяснимое пьянство с социальным снижением, а также полное отсутствие эффекта лечения. Такое “рваное” течение алкоголизма часто встречается у эндогенных больных. Были ли у больного в те годы циркулярные фазы? По анамнезу это неизвестно. Их наличие могло бы косвенно подтвердиться, если бы в дальнейшем возник именно аффективно — бредовой, а не параноидный приступ.

Таким образом, мы имеем дело с непрерывно текущей параноидной шизофренией. Алкоголизм является сопутствующим заболеванием. Больному рекомендуется непрерывная терапия нейролептиками — пролонгами.

Однако с моей точки зрения настоящий случай интересен не столько диагностически, сколько необычным результатом лечения нашего больного оланзапином. Сказать, что оланзапин проявил себя хорошим антипсихотиком трудно, т.к. выраженной обратной

динамики бреда замечено не было. И в то же время у больного сразу же возникло и наблюдалось на протяжении 25 дней лечения оланзапином выраженное маниакальное состояние. При этом оно, как отмечалось, было прямо противоположно тематике бреда и социальному положению больного. То-есть, антипсихотик оланзапин вызвал у больного парадоксальную реакцию. Только замена его на галоперидол и карбамазепин изменили ситуацию к лучшему. Откуда взялся маниакальный аффект? В анамнезе он не встречался, в отделении он не сочетался с маниакально — бредовым состоянием. Возможно это, как говорится, случайное совпадение. Однако существуют данные о том, что оланзапин оказывал у психотических больных антидепрессивный эффект. То, что ему приписывают неплохое действие на негативную симптоматику возможно и объясняется этим. Ведь часто за негативные расстройства принимают длительные негармоничные субдепрессивные состояния.

Вниманию читателей!

В предыдущем выпуске журнала в клиническом разборе было неполностью напечатано выступление проф. М. Е. Бурно (стр. 44). Марк Евгеньевич любезно восстановил пропущенные записи. Приводим текст его выступления полностью.

М. Е. Бурно. В прошлый раз думал о шубообразной шизофрении и сегодня думаю то же самое, понятно, на языке школы Снежневского. По МКБ-10 здесь приходится ставить параноидную шизофрению с эпизодическим течением. Почему думаю о шубе? Потому что мне видятся, прежде всего, онейроидные переживания. Онейроидные пациенты в психиатрической больнице часто лежат в кроватях. Вот лежит неподвижно, застывшее лицо, глаза открытые, вдруг широко улыбнется чему-то своему галлюциаторно-внутреннему. Подойдешь к нему, поговоришь и увидишь, что он живет своей внутренней жизнью. Он может общаться и с тобой, но смотрит как бы сквозь тебя, а больше, как бы сомнамбулически, смотрит во внутрь себя. И в душе происходят при этом всякие переживания, путешествия: подводные и на другие планеты. Мягкое выражение этого чувствую и здесь. Больная сидит тихая, застывшая, застывший отрешенный взор с открытыми глазами, беседой ничуть не тяготится. Такое клиническое впечатление, что живет своей внутренней жизнью, а с нами общается одновременно, параллельно и не устает. Живо, активно в беседе не участвует. Клинически видится пусть мягкое, но онейроидное состояние с застывшестью, и, конечно, парафренное переживание, много бредоподобных фантазий. Обнаруживается повышенный мышечный тонус. “Приврать” она может много и сама этому красочному фантазированию улыбается, смеется. Все это перемешивается в тихую, застывшую, однотон-

ную кашу с гипомимией. Я как-то в своей психиатрической жизни вжил в это, благодаря, конечно, школе Снежневского. А ведь Снежневский кристаллизовал, в нашем, отечественном, преломлении, прежде всего, некоторые открытия немецкой клинической классической психиатрии. Что такое шуб? Шуб, как и приступ, имеет определенную симптоматику, это не просто психотика вообще. Это либо кататон-онейроидная симптоматика, либо парафренное состояние, депрессивно-параноидное, маниакальное или чисто депрессивное. Все это с достаточной эмоциональной сочностью напряженностью. Именно это и есть симптоматика шуба или приступа. Что-то из названного выступает на первый план, чего-то нет или все равномерно перемешивается. Я привык к тому, что когда вижу такую симптоматику, онейроидность, тем более с застывшестью, кататоническими проявлениями, когда вижу эту парафренность, то психиатрический опыт подсказывает мне, что это психотическое пройдет. Потому что это прогностически благоприятная симптоматика в том смысле, что шуб со временем обойдется. Параноидная шизофрения не несет в себе онейроидности, острого аффекта. Она течет не приступами, не шубами, а послаблениями и обострениями (экзацербации). Это количественное послабление или усиление прежнего. А тут вспыхивает новое, небывалое, иное измерение, например, кататон-онейроидное, парафренное. Рано или поздно, через несколько дней, недель, месяцев, через много

месяцев, шуб всегда проходит. Остается какой-то душевный сдвиг, остается неврозоподобная симптоматика, аффективные колебания, но без продуктивной, шубной, остроты. Я бы ей поставил шубообразную шизофрению, конечно, осложненную наркотизацией и алкоголизацией. Здесь опять вспоминается классическая книга Карла Бирбаума “Построение психозов”. Это еще 1919 год. В этой книге рассказано о том, что такое патопластика (или протопластика). Это когда человек болеет какой-то болезнью, в данном случае душевной болезнью, но она осложнена другой какой-то душевной болезнью или какими-то элементами другой болезни, например, шизофренией, осложненная алкоголизмом, и вот наслоившийся алкоголизм по-своему прорисовывает, раскрашивает шизофренические симптомы. Например, шизофренический алкоголик в настоящем психозе видит крыс, чертей, крокодилов и другое, что обычно видит алкоголик в “белой горячке”. Хотя эти образы часто как-то по-своему, шизофренически, вычурны, но, тем не менее, напоминают алкогольные. Это называется алкогольная патопластика (или протопластика) шизофренической картины. Но здесь, у нашей больной, галлюцинации не истинные, а онейроидные (сновидные), — подобные нашим сновидениям. Больная тонко рассказывает о том, что помнит галлюцинации “курительные” (“от наркотиков”) и галлюцинации, которые как бы и не связаны с наркотиками. Она рассказывает, как это бывает при шизофрении с наркотиками: “такое чувство, что большую книгу прочла всю сразу, быстро”. Тут же говорит, что так бывает и без наркотиков. Мы видим, как наркотики кладут свои краски, свой рисунок на шизофреническую симптоматику.

Она “видит” внутри себя разноцветные воздушные потоки, но кто-то их наводит. Она шизофренически не устала, не истощается, не тяготится беседой. И другие явления синдрома Кандинского-Клерамбо: кто-то передает ей мысли, и она улавливает их всем телом. Разные цвета — это знаки, имеющие к ней отношение, “отличительные знаки”. Прошлой весной, со слов матери, была настоящая ремиссия, ушла психотика. Сейчас больная, как и бывает, свои галлюцинации (самособойные или подогреваемые наркотиком) за болезнь не считает. Без этих галлюцинаторных переживаний, как полагает, потеряется смысл жизни. Видимо, острая онейроидная, парафреническая психотика ее по-своему природно лечит, может быть, выводит из душевной тоскливости. Клиническая картина смазана лекарственным патоморфозом. От лекарств, от наркотиков, алкоголя, возможно, течение злокачественнее, затяжные “приступы” пошли.

Психотерапевтически возможно помогать таким больным на выходе из шуба различать психотическое и реальное с помощью элементов терапии творческим самовыражением. Попросить больного сказать, какая картина ему более близка, более созвучна, нежели другая. Или какой цветок в горшке в кабинете врача созвучнее душе больного, нежели другой. Этим выбором оживляется выбирающая индивидуальность и человек становится более собою, освобождаясь хотя бы немного от остатков психотического. Пока же критики никакой, еще не намечился заметно выход из психоза. Говорит, что чувствует себя хорошо, а здесь, в больнице, она из-за язвы желудка. Психиатрическая здесь больница? Но у нее “психологические расстройства при язве”. И т.д.

Рекомендуем:

КЛИНИЧЕСКИЕ РАЗБОРЫ В ПСИХИАТРИИ

под ред. проф. А. Г. Гофмана

М., 2006

(собрание избранных клинических разборов из НПЖ)

ПСИХИАТРИЯ.

Справочник практического врача

под ред. проф. А. Г. Гофмана

М., 2006

Дом медкниги. Комсомольский пр-т, 25; тел.: 245-3927

“Признать не соответствующими Конституции...”

Ю. Н. Аргунова

В рубрике “Психиатрия и право” прошлого выпуска нашего журнала мы, проанализировав нормы законодательства, регулирующие производство о применении принудительных мер медицинского характера (ПММХ), а также некоторые решения Верховного Суда РФ на этот счет, в очередной раз выразили свою обеспокоенность бесправным процессуальным положением лиц, в отношении которых после проведения судебно-психиатрической экспертизы (СПЭ) ставится вопрос о применении ПММХ. Наша позиция была доведена до сведения органов власти, юридической и психиатрической общественности.

Вслед за этим в октябре нынешнего года Конституционный Суд РФ (КС) принял к рассмотрению три жалобы от граждан из разных регионов страны, решившихся независимо друг от друга самостоятельно оспорить, наконец, конституционность ряда норм УПК РФ, регламентирующих порядок производства о применении ПММХ. В результате применения этих норм заявители, не будучи включенными в число участников уголовного судопроизводства, были лишены возможности знакомиться с материалами уголовного дела, участвовать в судебном заседании, давать показания, лично осуществлять свою защиту, обжаловать решение суда и др. Поскольку все жалобы касались одного и того же предмета, КС соединил дела по ним в одном производстве.

Слушание дела, состоявшееся в КС в ноябре с.г., а также принятое по нему Постановление¹ стали исключительно *важным и поучительным* событием.

Важность момента определяется, во-первых, главным выводом, к которому пришел КС, постановив: **“Признать не соответствующими Конституции РФ, ее статьям 19, 45 (ч. 2), 46 (ч. 1) и 55 (ч. 3), находящиеся в нормативном единстве положения ст. 402, ч. 3 ст. 433, ст. 437 и 438, ч. 3 и 6 ст. 439, ч. 1 ст. 441, ст. 444 и ч. 1 ст. 445 УПК РФ в той мере, в какой эти положения — по смыслу, придаваемому им сложившейся правоприменительной практикой,**

— не позволяют лицам, в отношении которых осуществляется производство о применении ПММХ, лично знакомиться с материалами уголовного дела, участвовать в судебном заседании при его рассмотрении, заявлять ходатайства, инициировать рассмотрение вопроса об изменении и прекращении применения указанных мер и обжаловать принятые по делу процессуальные решения”.

Во-вторых, с учетом настоящего Постановления правоприменительные решения по делам заявителей подлежат пересмотру.

В-третьих, КС в своем Постановлении определил направление совершенствования уголовно-процессуального законодательства в данной сфере. Федеральный законодатель, как указано в Постановлении, вправе — исходя из конституционного принципа равенства, не допускающего различное регулирование однородных по своей юридической природе отношений (Постановление КС от 28 мая 1999 г. № 9-П), — в рамках предоставленных ему дискреционных полномочий *осуществить дифференцированное регулирование прав указанных лиц с учетом их психического состояния и способности лично участвовать в уголовном судопроизводстве*. Понятно, однако, что проявления оперативности в реализации указанного права от законодателя ожидать не приходится. Процесс разработки законопроекта потребует стимулирования, в т.ч. со стороны профессиональных психиатрических сообществ и организаций родственников психически больных.

В-четвертых, значительную ценность представляет сама аргументация КС, положенная в основу Постановления, логика при анализе международно-правовых актов, касающихся прав психически больных, решений Европейского Суда по правам человека.

Почительность процесса, по нашему мнению, заключается, во-первых, в том, что инициатива подобного обращения в КС исходила ни от судебных и иных органов, которые уже давно должны были усомниться в конституционности указанных норм УПК РФ и направить запрос в КС, а от граждан, причем не обычных, а от тех, которые по заключению СПЭ и затем решению суда являлись психически больными (!), невменяемыми, не осознававшими фактический характер и общественную опасность своих уголовно-наказуемых деяний.

¹ См.: Постановление Конституционного Суда РФ от 20 ноября 2007 г. № 13-П по делу о проверке конституционности ряда положений статей 402, 433, 437, 438, 439, 441, 444 и 445 Уголовно-процессуального кодекса РФ в связи с жалобами граждан С. Г. Абламского, О. Б. Лобашовой и В. К. Матвеева (Российская газета, 2007, 28 ноября).

Во-вторых, весьма примечательным является тот факт, что приглашенные в суд представители от органов власти, включая Минздравсоцразвития России, полагали, что оспариваемые нормы УПК РФ менять нет необходимости. По утверждению представителя Генеральной прокуратуры РФ Т. Л. Оксюка, эти «нормы не противоречат Конституции РФ, вопрос заключается в другом — насколько грамотно они применяются». Представитель Генпрокуратуры проблему в основном видел в имеющем место сужении полномочий прокурора по обеспечению защиты прав подсудимых. Представитель Совета Федерации д.ю.н. Е. В. Виноградова, выразив сочувствие заявителям и признав, что такая «реальная история может случиться с любым из нас» пояснила, что замена оспариваемой нормы ничего не изменит. Наилучшее решение, по ее мнению, — толкование этой нормы для правоприменителей.

Закономерен в связи с этим вопрос: так и у кого же из сторон в итоге оказалось больше здравого смысла и выше уровень правосознания? Чья позиция оказалась верной: органов власти, представленных титулованными специалистами, или психически больных граждан?

КС, как и следовало ожидать, безоговорочно принял сторону последних. Таким образом, необходимость внесения соответствующих изменений и дополнений в УПК РФ признана очевидной. По выражению обозревателя «Российской газеты», освещавшего ход процесса, «это была совершенно разгромная победа заявителей».

В-третьих, указанный исход дела еще раз убеждает в правильности и, главное, действенности стратегии, избранной НПА России:

а) в постановке вопросов совершенствования процессуального законодательства в сфере прав лиц с психическими расстройствами исходя из принципов состязательности и равноправия сторон;

б) при подготовке экспертных заключений и заключений специалистов, по-существу восполняющих пробелы УПК и ГПК РФ. Почти в каждом заключении как по уголовным, так и по гражданским делам специалисты НПА по просьбе сторон или по собственной инициативе взяли за правило отвечать дополнительно на вопрос о способности лица по своему психическому состоянию лично участвовать в судебном заседании и защищать свои права и законные интересы. Положительный ответ на данный вопрос не оставляет суду законных оснований для недопущения лица, страдающего психическим расстройством, в судебное заседание по рассмотрению его дела.

Итак, каждая из ситуаций, в которых оказались все трое заявителей весьма типична для данной категории дел. А именно:

1) Советский райсуд г. Брянска удовлетворил ходатайство следователя прокуратуры Брянской области о помещении С. Г. Абламского, обвинявшегося по

ч. 2 ст. 129 «Клевета» УК РФ, в Брянскую ОПБ для производства СПЭ. Надзорные жалобы С. Г. Абламского в Брянский облсуд на принимавшиеся в ходе производства по делу судебные решения возвращены без рассмотрения с указанием на то, что по заключению СПЭ он нуждается в принудительном лечении и потому не вправе лично оспаривать решения суда;

2) постановлением Ленинского райсуда г. Ярославля было продлено применение ПММХ в виде амбулаторного наблюдения и лечения у психиатра в условиях ПНД в отношении О. Б. Лобашовой, обвинявшейся по ч. 1 ст. 318 «Применение насилия в отношении представителя власти» УК РФ. Кассационная и надзорная жалобы на это постановление, поданные О. Б. Лобашовой в Ярославский облсуд, а также ее ходатайство о прекращении принудления, направленное в Ленинский райсуд г. Ярославля, возвращены без рассмотрения со ссылкой на то, что в соответствии со ст. 402, 444 и 445 УПК РФ она не относится к числу лиц, которые вправе обжаловать указанные судебные решения и заявлять соответствующие ходатайства, и что ее процессуальные права были реализованы ее законным представителем;

3) по постановлению Железнодорожного райсуда г. Новосибирска в отношении В. К. Матвеева в связи с совершением им деяния, предусмотренного ч. 1 ст. 318 «Применение насилия в отношении представителя власти» УК РФ, были применены ПММХ в виде амбулаторного принудительного наблюдения и лечения у психиатра по месту жительства. Полагая, что при рассмотрении его дела был нарушен уголовно-процессуальный закон (в частности, к участию в деле ни на предварительном следствии, ни в судебном разбирательстве не привлекался законный представитель, при проведении экспертиз не участвовал защитник), В. К. Матвеев обжаловал это постановление в кассационном порядке, однако в рассмотрении жалобы ему было отказано со ссылкой на то, что ст. 444 УПК РФ наделяет правом обжалования такого рода решений только защитника, законного представителя или близкого родственника лица, в отношении которого рассматривалось уголовное дело, и прокурора.

В обоснование принятого решения о нарушении рядом статей УПК РФ норм Конституции РФ Конституционный Суд указал следующее.

1. **Конституция РФ** провозглашает человека, его права и свободы высшей ценностью и — исходя из того, что права и свободы человека и гражданина являются непосредственно действующими, определяют смысл, содержание и применение законов и обеспечиваются правосудием, — возлагает на государство обязанность признавать, соблюдать и защищать эти права и свободы и охранять достоинство личности (ст. 2 и 18; ч. 1 ст. 21). Неотчуждаемость основных прав и свобод человека и их принадлежность каждому от рождения (ч. 2 ст. 17 Конституции РФ) предполагает недопустимость какого бы то ни

было их умаления, в том числе в отношении лиц, страдающих психическими расстройствами.

Составной частью законодательства РФ, регулирующего уголовное судопроизводство, являются общепризнанные принципы и нормы международного права и международные договоры России. Если международным договором РФ установлены иные правила, чем предусмотренные УПК РФ, то применяются правила международного договора.

Согласно *Международному пакту о гражданских и политических правах* каждый имеет право при рассмотрении любого предъявляемого ему уголовного обвинения быть судимым в его присутствии и защищать себя лично или через посредство выбранного им самим защитника (подпункт “d” пункта 3 ст. 14). Право каждого обвиняемого в совершении уголовного преступления защищать себя лично или через посредство выбранного им самим защитника или, при недостатке у него средств для оплаты услуг защитника, пользоваться услугами назначенного ему защитника бесплатно, когда того требуют интересы правосудия, закреплено также *Конвенцией о защите прав человека и основных свобод* (подпункт “с” пункта 3 ст. 6).

Конкретизируя приведенные положения международно-правовых актов применительно к лицам, страдающим психическими расстройствами, *Принципы защиты психически больных лиц и улучшения психиатрической помощи* (приняты 17 декабря 1991 г. Резолюцией Генеральной Ассамблеи ООН 46/119) предусматривают право любого психически больного лица на осуществление всех признанных международными нормами гражданских, политических, экономических, социальных и культурных прав и прямо указывают на недопустимость какой-либо дискриминации, т.е. установления в связи с психическим заболеванием лица таких отличий, исключений или предпочтений, следствием которых являются отрицание или ограничение равенства в реализации прав (пункты 4 и 5 принципа 1); в отношении же лиц, совершивших запрещенные уголовным законом деяния, если предполагается или установлено, что они страдают психическим заболеванием, общие принципы защиты подлежат применению в полном объеме с такими минимальными, необходимыми в данных обстоятельствах изменениями и исключениями, которые не будут наносить ущерб их правам (принцип 20); при этом государства обязаны обеспечивать наличие соответствующих механизмов для соблюдения данной Резолюции, в том числе в части разрешения жалоб (принцип 22).

В ряде других документов — рекомендации Парламентской Ассамблеи Совета Европы 818 (1977) “*О положении психически больных*”, рекомендациях Комитета Министров Совета Европы № R (83)2 “*Относительно правовой защиты лиц, страдающих психическим расстройством, которые были госпи-*

тализированы в принудительном порядке”, № R (99)4 “*О принципах, касающихся правовой защиты недееспособных взрослых*”, Rec (2004)10 “*Относительно защиты прав человека и достоинства лиц с психическим расстройством*” государствам — членам Совета Европы предложено установить, чтобы судебные решения не принимались только на основании медицинских заключений, а пациенту с психическим заболеванием, как и любому другому лицу, было обеспечено право быть выслушанным и чтобы в случаях предполагаемого правонарушения в течение всего разбирательства присутствовал адвокат; лица с психическими расстройствами должны иметь возможность осуществлять все свои гражданские и политические права, а любые их ограничения допускаются строго в соответствии с Конвенцией о защите прав человека и основных свобод и не могут основываться на одном лишь факте наличия у лица психического заболевания.

С названными положениями международных актов соотносятся предписания *Закона РФ “О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании”*, согласно ч. 1 ст. 5 которого лица, страдающие психическими расстройствами, обладают всеми правами и свободами граждан, предусмотренными Конституцией РФ и федеральными законами; ограничение же прав и свобод граждан, связанное с психическим расстройством, допустимо лишь в случаях, предусмотренных законами РФ.

2. Согласно ч. 3 ст. 443 и ч. 1 ст. 441 УПК РФ производство о применении ПММХ осуществляется в порядке, установленном данным Кодексом с изъятиями, предусмотренными его главой 51.

Лица, в отношении которых осуществляется такое производство, непосредственно не упомянуты ни в разделе II УПК РФ в числе участников уголовного судопроизводства — в отличие от других лиц, в отношении которых также осуществляется преследование, но которые способны нести уголовную ответственность (подозреваемые и обвиняемые), ни в самой главе 51 УПК РФ — в числе тех субъектов, которым в соответствии с правилами данной главы разъясняется право знакомиться с материалами уголовного дела, которые уведомляются о прекращении уголовного дела или о направлении его в суд для применения ПММХ с вручением копии соответствующего постановления и которые наделены правом участвовать в судебном заседании при его рассмотрении (ч. 3 и 6 ст. 439, ч. 1 ст. 441); не отнесены они и к имеющим право обжаловать постановления суда в кассационном и надзорном порядке (ст. 402 и 444) и право инициировать прекращение или изменение ПММХ (ч. 1 ст. 445). В силу ст. 437 и 438 УПК РФ перечисленные права осуществляются законным представителем и защитником лица, в отношении которого ведется производство о применении ПММХ.

В правоприменительной практике изъятия из общего порядка производства по уголовному делу в отношении данной категории лиц толкуются как изъятия из их процессуального статуса, исключающие возможность личного участия в производстве по уголовному делу. Между тем по смыслу правовой позиции, сформулированной КС в Постановлении от 27 июня 2000 г. № 11-П, при обеспечении процессуальных гарантий лицам, чьи права и законные интересы затрагиваются в ходе уголовного судопроизводства, необходимо исходить не только из формального наделения их соответствующим процессуальным статусом, но и прежде всего из сущностных признаков, характеризующих их фактическое положение.

2.1. Лицо, в отношении которого ведется производство о применении ПММХ, так же как подозреваемый и обвиняемый по уголовному делу *по существу уличается в совершении деяния, запрещенного уголовным законом*. Поэтому такому лицу, хотя оно и не привлекается к уголовной ответственности, должны обеспечиваться равные с другими лицами, в отношении которых осуществляется преследование, процессуальные права, — тем более что, как следует из п. 3 ч. 2 ст. 29, п. 16 ч. 4 ст. 47, п. 4 ч. 3 ст. 49, п. 3 ст. 196 и ст. 203 УПК РФ, до получения результатов СПЭ лицо, в отношении которого она проводилась, по своему статусу являлось обвиняемым или подозреваемым и, таким образом, уже обладало соответствующими процессуальными правами (ст. 46 и 47 УПК РФ).

Само по себе отсутствие в ч. 3 и 6 ст. 439, ст. 402 и 444, ч. 1 ст. 445 УПК РФ упоминания рассматриваемой категории лиц в качестве самостоятельных субъектов процессуальных прав, равно как и наделение ст. 437 и 438 данного Кодекса правом действовать в их интересах законного представителя и защитника *не могут расцениваться как исключющие их участие в судебном разбирательстве*, однако в правоприменительной практике с момента получения заключения СПЭ лицо, признанное² невменяемым, как правило, не только автоматически считается не способным лично осуществлять указанные в этих нормах процессуальные действия, но и лишается остальных прав, предоставленных в уголовном судопроизводстве лицам, в отношении которых ведется уголовное преследование, а именно: знать, в совершении какого общественно опасного деяния его уличают, давать объяснения по обстоятельствам дела, заявлять ходатайства, участвовать в производстве следственных действий и судебном разбирательстве, приносить жалобы на действия и решения следователя, прокурора и суда, знакомиться с заключением экспертов и др.

² Здесь КС, с нашей точки зрения, прошел мимо того принципиально важного обстоятельства, что невменяемым лицо признается не заключением СПЭ, а судом. КС не заметил неточности в УПК, которая стоит гражданам потери своих прав.

С момента приобщения к материалам уголовного дела заключения СПЭ обеспечение процессуальных прав данной категории лиц в полном объеме передается законному представителю и защитнику, сами же эти лица, таким образом, фактически утрачивают уголовно-процессуальную дееспособность, т.е. становятся в производстве о применении ПММХ его объектом, без проверки в судебном заседании, действительно ли они не способны (с точки зрения психического состояния) самостоятельно защищать свои права.

Между тем отсутствие в уголовном и уголовно-процессуальном законодательстве основанного на обязательном учете реальной способности лица осуществлять процессуальные действия дифференцированного регулирования прав тех, у кого такая способность, несмотря на заболевание, сохранена, и тех, кто действительно по своему психическому состоянию не может самостоятельно защищать свои права, не соответствует международным обязательствам РФ и законодательству РФ о психиатрической помощи и не обеспечивает защиту прав личности от необоснованных ограничений. Лишение лица, в отношении которого подлежат применению или применены ПММХ, возможности самостоятельно реализовывать свои процессуальные права, если психическое заболевание этому не препятствует, означает не согласующееся с конституционно значимыми целями, закрепленными в ст. 55 (ч. 3) Конституции РФ, ограничение прав, гарантированных каждому ее статьями 45 (ч. 2) и 46 (ч. 1).

Данный вывод корреспондирует практика *Европейского Суда по правам человека*, который *в постановлении от 20 октября 2005 г. по делу “Романов против России”* признал, что присутствие заявителя в судебном заседании является необходимым условием для того, чтобы *судья лично мог убедиться в его психическом состоянии и принять справедливое решение*; рассмотрение дела судом первой и кассационной инстанций в отсутствие заявителя (вопреки его желанию), которое ничем не может быть компенсировано, допустимо лишь при наличии особых обстоятельств, например если имеют место какие-либо признаки агрессивного поведения или если физическое и психическое состояние не позволяет ему предстать перед судом.

2.2. Конституционное право на судебную защиту в его истолковании КС предполагает, прежде всего, право каждого на обращение в суд самостоятельно либо через своего представителя, законного представителя или защитника; при этом, по смыслу правовых позиций, сформулированных КС в постановлениях от 3 мая 2005 г. № 4-П, от 16 марта 1998 г. № 9-П, от 17 ноября 2005 г. № 11-П и от 20 февраля 2006 г. № 1-П, *правомочие лично обращаться к суду за защитой своих прав и свобод имеет универсальный характер* и является неотъемлемым элементом нормативного содержания данного права. *Указанного правомочия не*

могут быть лишены и лица, в отношении которых разрешается вопрос о применении ПММХ либо об их продлении, изменении или прекращении.

Именно такое регулирование предусмотрено для решения вопросов, связанных с признанием лиц недееспособными и их госпитализацией в психиатрический стационар в недобровольном порядке³, в гражданском судопроизводстве, где допускается личное участие лица в судебном заседании, если это возможно по его состоянию здоровья; если же по сведениям, полученным от представителя психиатрического учреждения, психическое состояние лица не позволяет ему лично участвовать в рассмотрении вопроса о его госпитализации в проводимом в помещении суда судебном заседании, то заявление о принудительной госпитализации гражданина рассматривается судьей в психиатрическом стационаре; признается также право на личное заявление ходатайств и обжалование в суд нарушающих права и свободы граждан действий и решений медицинских и иных работников при оказании лицу психиатрической помощи, а также право лично обжаловать в кассационном и надзорном порядке решение суда о госпитализации в недобровольном порядке, о продлении ее сроков, о признании лица недееспособным⁴ (ч. 1 ст. 284, ч. 1 ст. 304, ст. 336 и ч. 1 ст. 376 ГПК РФ, ч. 2 ст. 34, ч. 3 ст. 35 и ч. 2 ст. 37 Закона РФ “О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании”).

Отсутствие в нормах главы 51 УПК РФ аналогичных прямых предписаний относительно прав, предоставленных лицам, страдающим психическими расстройствами, в уголовном судопроизводстве, истолковывается в правоприменительной практике как позволяющее не учитывать фактическую способность лица, в отношении которого ведется производство о применении ПММХ, лично участвовать в производстве по делу и самостоятельно осуществлять процессуальные действия, направленные на защиту своих интересов.

³ КС, указывая о госпитализации в недобровольном порядке, тем самым отдал предпочтение терминологии Закона о психиатрической помощи, а не ГПК РФ, называющего в главе 35 такую госпитализацию принудительной. Однако уже через несколько строк КС именуется та же недобровольная госпитализация уже *принудительной*, а затем — вновь недобровольной. КС, качаясь на волнах нестыковок в законодательстве, ни к одному из берегов так и не пристал. НПА России неоднократно обращала внимание (в т.ч. в приложении к Резолюции XII съезда НПА) на необходимость устранения имеющихся противоречий и приведения редакции норм ГПК РФ в соответствие с Основами законодательства РФ об охране здоровья граждан, Законом о психиатрической помощи и УК РФ (см.: НПЖ, 2006, № 2, с. 51, 2007, № 2, с. 26).

⁴ Хочется с удовлетворением отметить, что еще до рассмотрения настоящего дела в КС то же самое логическое сравнительно-правовое построение было произведено нами в обоснование своей собственной позиции, аналогичной, как затем стало известно, позиции КС. Наши критические соображения в отношении практики Верховного Суда РФ оказались верны. (См.: НПЖ, 2007, № 3, с. 49 – 50)

⁵ Бюллетень Верховного Суда Российской Федерации, 2006, № 1, С. 28.

Исходя из изложенного КС признал оспариваемые нормы УПК РФ не соответствующими Конституции РФ в том объеме, о котором говорилось в начале нашей статьи. Вместе с тем “за кадром” осталась другая очень важная, на наш взгляд, проблема — оценка показаний лица, в отношении которого поставлен вопрос о применении ПММХ.

Как мы уже писали, по мнению Верховного Суда РФ, такие показания “не могут рассматриваться как источник доказательства по делу, они не имеют юридической силы, не могут быть положены в основу решения по делу и использоваться при разрешении вопросов о применении ПММХ”⁵. Свой вывод Верховный Суд РФ обосновывает требованиями ст. 74 УПК РФ предположительно на том основании, что в ней показания такого лица среди допустимых доказательств не значатся. При этом Верховный Суд считает недопустимым доказательством показания такого лица, данные им даже задолго до проведения по делу СПЭ, которая установила, что выявленное у него психическое расстройство лишало его возможности осознавать фактический характер своих действий или руководить ими.

Вопрос, таким образом, должен ставиться намного шире.

Ведь если лицо, в отношении которого осуществляется производство о применении ПММХ, после нынешнего Постановления КС приобретает возможность знакомиться с делом, присутствовать в зале суда, обжаловать процессуальные решения, но при этом все им сказанное как до, так и после СПЭ (показания на допросах, очных ставках и т.д.) не будет иметь никакого значения, то для чего тогда, спрашивается, этому лицу нужны все его вновь приобретенные права?..

К сожалению, никто из всех троих заявителей не додумался оспорить конституционность ст. 74 УПК РФ, и поэтому КС ее не рассматривал.

Все еще впереди. Будем продолжать начатое дело.

Вопросы сохранения врачебной тайны при оформлении листка нетрудоспособности

Ю. Н. Аргунова

Приказом Минздравсоцразвития России от 16 марта 2007 г. № 172 утверждена новая форма бланка листка нетрудоспособности¹. Бланки старого образца, имеющиеся в медицинских организациях, согласно приказу используются наряду с бланками нового образца.

Одним из важных отличий нового бланка является *отсутствие* в нем *строк*, предусматривающих отметку врача *о диагнозе*. Таким образом, в этой части листок нетрудоспособности стал, наконец, отвечать требованиям ст. 61 Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан, не допускающей разглашение сведений, составляющих врачебную тайну.

По сообщению замруководителя правового департамента Фонда социального страхования РФ г. Орловой, изъятие указанных строк обусловлено также тем обстоятельством, что для ФСС РФ ныне не имеет значения вследствие какого заболевания человек потерял трудоспособность, поскольку выплаты пособия осуществляются по общим правилам, установленным Федеральным законом “Об обеспечении пособиями по временной нетрудоспособности, по беременности и родам граждан, подлежащих обязательному социальному страхованию”².

Однако свойственное ведомственному нормотворчеству бездумное отношение к разработке документов свело-таки на нет столь ожидаемую поправку.

Содержание двух граф со сведениями о враче изменилось: теперь врач должен указывать рядом со своей фамилией и подписью еще и *специальность* (уролог, гинеколог, психиатр...). Таким образом, всем работникам, через чьи руки затем будет проходить заполненный в медицинской организации больничный лист (руководитель подразделения, в котором работа-

ет заболевший гражданин, табельщик, сотрудники отдела кадров, бухгалтерии как по основному месту работы, так и в организации, где гражданин работает по совместительству), станет известно какого рода проблемы со здоровьем возникли у их коллеги.

Для чего это сделано? Назначение листка нетрудоспособности отнюдь не предполагает необходимости в указании таких подробностей. Фамилии врача вполне достаточно как для внутренней процедуры оформления больничного листка в медицинской организации, так и для начисления денежного пособия гражданину по месту его работы.

Дополнительное подтверждение того, что врач обязан указывать свою специальность в таблице “Освобождение от работы”, содержится в п. 60 и 74 **Порядка выдачи медицинскими организациями листков нетрудоспособности, утвержденного приказом Минздравсоцразвития России от 1 августа 2007 г. № 514**³.

Более того, этот нормативный акт идет еще дальше в дозволении нарушения конфиденциальности информации и вводит для одной из категорий пациентов — больных туберкулезом — правило, прямо влекущее раскрытие сведений об установленном у них диагнозе. Согласно п. 65 при впервые выявленной активной форме туберкулеза, когда санаторное лечение заменяет стационарное лечение, в строке “Указать причину нетрудоспособности” делается запись: “лечение в специализированном (*противотуберкулезном*) санатории”. После проведенного стационарного лечения и направления в специализированный (*противотуберкулезный*) санаторий в этой строке предписано записывать: “долечивание в специализированном (*противотуберкулезном*) санатории”. После проведенного стационарного лечения и направления в специализированный (*противотуберкулезный*) санаторий в этой строке предписано записывать: “долечивание с специализированном (*противотуберкулезном*) санатории”.

Следует при этом заметить, что в самом бланке листка нетрудоспособности необходимость указания профиля санатория не предполагается. В бланке зна-

¹ Российская газета, 2007, 11 мая.

² Российская газета, 2006, 31 декабря.

См. также: Положение об особенностях порядка исчисления пособий по временной нетрудоспособности, по беременности и родам граждан, подлежащих обязательному социальному страхованию, утвержденное постановлением Правительства РФ от 15 июня 2007 г. № 375 (Российская газета, 2007, 19 июня); Правила подсчета и подтверждения страхового стажа для определения размеров пособий по временной нетрудоспособности, по беременности и родам, утвержденные приказом Минздравсоцразвития России от 6 февраля 2007 г. № 91 (Российская газета, 2007, 22 марта); Перечень уважительных причин пропуска срока обращения за пособием по временной нетрудоспособности, по беременности и родам, утвержденный приказом Минздравсоцразвития России от 31 января 2007 г. № 74 (Российская газета, 2007, 15 марта).

³ Российская газета, 2007, 17 ноября.

Совместным приказом Минздравсоцразвития России и Фонда социального страхования РФ от 24 сентября 2007 г. № 625/220 признана утратившей силу Инструкция о порядке выдачи документов, удостоверяющих временную нетрудоспособность граждан, утвержденная совместным приказом Минздравмедпрома России и ФСС РФ от 19 октября 1994 г. № 206/21 (Российская газета, 2007, 17 ноября).

чится, что в случае долечивания в санатории следует указать лишь даты начала и окончания срока путевки, ее номер, местонахождения санатория.

Один из психиатров, с которым мы обсуждали данную проблему, в оправдание позиции министерства сослался на то обстоятельство, что туберкулез — заболевание, представляющее опасность для окружающих, и потому о том, что член трудового коллектива имеет такой диагноз, нужно “раструбить” по всей организации, где он работает. Однако такое мнение не может быть принято во внимание. Во-первых, потому, что в утвержденный Правительством РФ Перечень заболеваний, представляющих опасность для окружающих, помимо туберкулеза входят еще и некоторые другие заболевания (болезнь, вызванная ВИЧ, гепатиты В и С, дифтерия, ИППП и др.), и тем не менее информация о них больничный лист не раскрывает. Во-вторых, если пациент выписывается и ему делается в больничном листе запись о дате, с которой он может приступить к работе, то тем самым врачи констатируют, что опасности для окружающих он уже не представляет. Вероятнее всего раскрытие врачебной тайны в данном случае диктовалось особенностями исчисления пособия туберкулезным больным за период пребывания их на санаторном лечении. Министерство же не нашло иного, более удачного способа (кроме указания профиля санатория) отразить в больничном листе право больных данной категории в части причитающихся им пособий.

Как бы то ни было разработчики нового бланка листка нетрудоспособности и порядка его выдачи проигнорировали, как мы видим, предусмотренное п. 6 ч. 1 ст. 30 Основ право пациента на сохранение в тайне информации о факте обращения за медицинской помощью, о состоянии здоровья, диагнозе. В то же время, за нарушение установленного ими порядка выдачи листка нетрудоспособности пригрозили медицинским организациям и врачам ответственностью “в соответствии с законодательством Российской Федерации” (с предупреждения о такой ответственности — с традиционной отсылкой в никуда — начинается обратная сторона нового бланка).

О характере возникших проблем со здоровьем вполне недвусмысленно может свидетельствовать и наименование медицинской организации, выдавшей больничный лист. Как в старом, так и в новом бланке требуется указать наименование и адрес лечебного учреждения⁴ или поставить его штамп. Согласно п. 58 Правил выдачи медицинскими организациями листков нетрудоспособности оттиски печатей и штампов медицинской организации должны быть

⁴ Видимо разработчики нового бланка, скопировав строку “наименование и адрес медицинского учреждения или его штамп” из старого бланка, забыли, что речь должна идти не об учреждениях, а об организациях (государственной, муниципальной и частной систем здравоохранения).

четкими и соответствовать названию, указанному в уставе медицинской организации.

Завеса врачебной тайны для многих пациентов вновь оказалась приоткрытой. Однако выход из данной ситуации, как следует из документа, все-таки возможен. У п. 58 указанного нормативного акта имеется сноска следующего содержания: “**При оформлении листков нетрудоспособности, в некоторых медицинских организациях (психиатрических, наркологических организациях, центрах по профилактике и борьбе со СПИДом и инфекционными заболеваниями и др.) могут быть использованы специальные печати или штампы без указания профиля организации**”. Такой же сноской снабжен п. 59 документа, из чего можно сделать вывод, что специальный штамп может проставляться не только вместо штампа с полным наименованием, но также и вместо рукописной записи о наименовании и адресе данной лечебной организации.

Безусловно позитивная, на первый взгляд, норма все же вызывает неоднозначное к себе отношение.

Во-первых, правило, заложенное в ней, в силу своей важности должно было содержаться не в сноске, набранной мелким шрифтом и расположенной в самом конце документа, а в отдельном пункте его основного текста с регламентацией порядка оформления листка нетрудоспособности в профильных организациях (требуется ли для использования специального штампа заявление или согласие пациента и т.п.).

Во-вторых, из текста сноски следует, что медицинская организация может использовать, а может и не использовать специальные печати и штампы. Эта норма по-существу позволяет медицинской организации вовсе не иметь таковых или отказывать в их использовании как отдельным пациентам, так и всем без исключения. Эта норма является ни к чему не обязывающей, что приведет к тому, что она либо не будет исполняться (окажется мертворожденной из-за отсутствия четкого механизма реализации) игнорирующими законодательство должностными лицами, либо ее исполнение будет сопровождаться разноречивой в правоприменительной практике, волонтаризмом администрации медицинских организаций. Закономерный итог — нарушение прав пациента.

В этой части данная норма находится в явном противоречии с действующим совместным *приказом Минздравмедпрома и Фонда социального страхования России от 17 мая 1995 г. № 128/25 “О печатях и штампах для оформления медицинских документов”*⁵. Приказ не оставляет возможности для усмотрения со стороны медицинской организации в вопросе об использовании специальных печатей и штампа без указания ее профиля. Руководителям органов здравоохранения, лечебно-профилактических,

⁵ Бюллетень нормативных актов министерств и ведомств Российской Федерации, 1995, № 12.

учебных и научно-исследовательских учреждений, организаций *приказано* использовать их при оформлении документов, удостоверяющих временную нетрудоспособность граждан, и других медицинских документов по согласованию с пациентами или их законными представителями. Например, вместо “Московская городская психиатрическая (кожно-венерологическая, наркологическая, туберкулезная и др.) больница (диспансер, поликлиника и др.) № 1” именовать: “Московская городская больница (диспансер, поликлиника и др.) № 1”. Руководителям указанных учреждений и организаций было приказано также обеспечить изготовление необходимых печатей и штампов.

Как показала практика последних лет, далеко не все врачи-психиатры были ознакомлены с данным приказом, администрация некоторых психиатрических учреждений не имеет специальных печатей и штампов. Несоблюдение этого приказа по надуманным мотивам, а, следовательно, нарушение ст. 23 Конституции РФ, ст. 30 и 61 Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан и ст. 8 и 9 Закона о психиатрической помощи, как выяснилось, имеет место

даже в таких больницах, как ПКБ № 1 им. Н. А. Алексеева, главный врач которой является главным психиатром г. Москвы⁶.

Итак, ст. 30 и 61 Основ, ст. 9 Закона о психиатрической помощи, а также изданный в целях соблюдения этих норм приказ Минздравмедпрома России и ФСС РФ от 17 мая 1995 г. № 128/25 должны исполняться в полном объеме. Приказы Минздравсоцразвития России от 16 марта 2007 г. № 172 и от 1 августа 2007 г. № 514, утвердившие новую форму листка нетрудоспособности и порядок его выдачи, должны быть приведены в соответствие с действующим законодательством.

НПА России в соответствии со своим уставом и, руководствуясь ч. 2 ст. 30 и ст. 62 Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан, ст. 46 Закона о психиатрической помощи, обращает внимание других общественных объединений врачей-психиатров, а также Минздравсоцразвития России, Фонда социального страхования РФ на имеющие место нарушения норм о врачебной тайне в ведомственных актах и в практической деятельности медицинских организаций.

⁶ На одной из моих лекций по правовому положению граждан, страдающих психическими расстройствами, организованных НПА России для врачей ПКБ № 1 им. Н. А. Алексеева, зам. главврача А. Б. Сыникэ, прервав мое выступление, посвященное вопросам врачебной тайны, заявил в микрофон, что приказ № 128/25 от 17 мая 1995 г. “уже давно отменен”, что не соответствовало действительности и ввело аудиторию в заблуждение.

8-ая международная конференция
Европейской сети по оценке служб психического здоровья
“ХОРОШАЯ ПРАКТИКА — ХОРОШИЙ РЕЗУЛЬТАТ?”

23 – 25 мая 2008 г., Краков

www.enmesh2008.pl

ИЗ ДОСЬЕ ЭКСПЕРТА

Доведение до суицида в армии Судебные победы Фонда “Право Матери” и Независимой психиатрической ассоциации России

С начала 2007 года Независимая психиатрическая ассоциация России совместно с Фондом “Право Матери” работает над проектом “Независимая экспертиза в делах о гибели военнослужащих: замечания ПАСЕ до сих пор не услышаны?” (основной грантодатель — Европейский Союз).

Уровень самоубийств в российской армии даже по официальной статистике является недопустимо высоким, каждое самоубийство — это не только смерть молодого человека, но еще и чрезвычайное происшествие для всех остальных военнослужащих той части, где это случилось. Выяснения наиболее значимых факторов риска и возможных путей их минимизации — одна из основных целей предпринятого нами независимого исследования проблемы.

Однако на пути к ее достижению мы столкнулись с серьезными трудностями, среди которых немаловажное место занимает различного рода дезинформация, пробиться через которую бывает просто невозможно. Командование, свидетели, порой даже родители (на которых оказывается активное давление)

меняют свои показания, отказываются от того, что говорили ранее, “забывают” и т.п. Суды идут долго, мучительно, выводы экспертиз часто имеют решающее значение. Поэтому специалисты НПА России выступают в суде не только в тех случаях, когда нужно оспорить проведенную экспертизу, но и тогда, когда согласны с ее выводами, но считают, что следует более внятным для суда образом изложить картину происшедшего и подробно обосновать сделанные выводы.

Предварительные данные позволяют говорить о том, что в значительном количестве случаев речь идет не об истинном суициде, а о доведении до суицида, а порой даже об убийствах в результате дедовщины, списываемых на суицид. В основе суицидов в армии чаще всего внезапные импульсивные реакции на почве ситуации, где решающее значение приобретают не столько расстройства темперамента и характера, сколько систематическое унижение человеческого достоинства.

Приводим описание двух конкретных случаев.

Разъяснения специалистов относительно заключения комиссии экспертов № 1940 от 1 ноября 2006 г. посмертной комплексной психолого-психиатрической экспертизы по факту самоубийства Медведчикова Сергея Владимировича, 1986 г. рожд.

Настоящие разъяснения даны 10 марта 2007 г.

по запросу юриста Фонда “Право Матери” Калиной Натальи Александровны, представителя по доверенности Медведчиковой Н. В., потерпевшей по уголовному делу в отношении Градовича С. С. и Есекенова И. К., привлеченных к уголовной ответственности по ст. 286 ч. III, п.п. “а”, “в” УК РФ,

на основании представленных ею ксерокопий

– заключения комиссии экспертов № 1940 посмертной комплексной психолого-психиатрической экспертизы Медведчикова Сергея Владимировича, 1986 г. рожд., проведенной в межрегиональном центре судебной психиатрии Хабаровской краевой психиатрической больницы 1 ноября 2006 г.;

– постановления о назначении комплексной посмертной психолого-психиатрической судебной экспертизы от 24 октября 2006 г.;

– постановления о привлечении в качестве обвиняемого Градовича С. С. от 8 ноября 2006 г.;

– постановления о привлечении в качестве обвиняемого Есекенова И. К. от 29 ноября 2006 г.,

– письма С. В. Медведчикова родным от 26.06.06 г.

для ответа на вопрос:

– насколько научно-обоснованными являются выводы комиссии экспертов № 1940 посмертной комплексной психолого-психиатрической экспертизы Медведчикова Сергея Владимировича, 1986 г. рожд.?

Заключение экспертов написано на 6 листах и включает формальную вводную часть, изложение материалов дела, анамнез, аналитическое исследование материалов уголовного дела и выводы с их обоснованием.

Из заключения и других материалов дела можно без труда составить ясную внутренне непротиворечивую картину происшедшего.

Итак, **психически здоровый** С. В. Медведчиков, выросший в дружной и благополучной семье, по характеру “спокойный, уравновешенный, общительный”, трудолюбивый, добросовестный и старательный, умевший ладить и с друзьями, и с товарищами по работе, и с родными и близкими, в декабре 2005 года идет служить в армию, оставив дома свою беременную подругу. Особого желания служить он не испытывал, но относился к службе серьезно и осознанно, готовил себя к армии “морально и физически”. За время службы в армии “зарекомендовал себя с положительной стороны, приказы командиров выполнял точно и в срок, к своим обязанностям относился ответственно. ... Был исполнителен, честен, дисциплинирован, не совершал недостойных поступков, проявлял разумную инициативу”.

Таким образом, в армии Медведчиков **вел себя в соответствии с отмеченными ранее личностными особенностями**, т.е. как исключительно порядочный добросовестный и исполнительный человек, со слов сослуживцев — спокойный и уравновешенный, всегда готовый помочь. **Психологическая характеристика, составленная во время службы в армии**, рисует несколько иной портрет: Медведчиков являлся человеком “обидчивым, конфликтным, агрессивным, возбудимым, с неустойчивым фоном настроения, со склонностью к суицидальным реакциям”. В заключении экспертов не сказано на основе каких методов была составлена такая характеристика, однако ее сопоставление с показаниями свидетелей позволяет либо сделать вывод о том, что она не вполне адекватна, либо — что Медведчиков обладал хорошей саморегуляцией поведения и мог вести себя в соответствии с предписанными правилами, никак внешне не проявляя свою конфликтность и агрессивность. Однако, в любом случае, **к человеку с такой психологической характеристикой командиры части должны были проявлять повышенное внимание, учитывая склонность к агрессии и суицидальным реакциям**. И то, и другое одинаково опасно в условиях армии, при наличии оружия. Вместо этого, **непосредственный командир рядового Медведчикова — младший сержант Градович, а также сержант Есекенов, с середины марта по середину июля, т.е. до самой смерти Медведчикова, систематически издевались над своим подчиненным, проявляя в отношении него жестокое обращение и систематически унижая его человеческое достоинство**.

В изложении материалов дела эксперты довольно подробно описывают систематические избиения и издевательства над Медведчиковым со стороны младшего сержанта Градовича С. С. и сержанта Есекенова И. К., которые “систематически заставляли его выполнять за себя различную работу, пришивать под-

воротнички, приносить тапочки, пищу из столовой, обвиняли в пропаже то куска мыла, то в поломке фотоаппарата, из-за всего этого систематически наносили побои Медведчикову, вымогали у него деньги в значительной для солдата-срочника сумме, оказывали всяческое моральное давление и физическое унижение его человеческого достоинства”. Однако, изложение материала сделано в соответствии с показаниями различных свидетелей и не выстроено во временной последовательности (сказано лишь, что все случаи издевательств происходили в период “с мая по июль 2006 г.”), что мешает ярко представить себе всю картину происшедшего. Попробуем сделать это самостоятельно по имеющимся у нас материалам.

Итак:

20 марта — 15 апреля 2006 г. — сержант Есекенов, недовольный тем, что рядовой Медведчиков плохо выполнял строевые приемы и движения в ходе вечерней поверки, а также тем, что он плохо подал команду “Счет”, **нанес рядовому Медведчикову не менее двух ударов кулаком правой руки в голову, не менее двух ударов ногой, обутой в кирзовый сапог, в область живота и груди;**

Апрель 2006 г. — младший сержант Градович, недовольный тем, что кто-то из военнослужащих отсоединил клемму аккумуляторной батареи его служебного автомобиля, **нанес Медведчикову не менее пяти ударов ногой, обутой в кирзовый сапог, по ногам;**

20 — 30 мая 2006 г. — Градович, недовольный тем, что Медведчиков не вымыл закрепленный за ним автомобиль в связи с переводом военной техники на летний период эксплуатации, **нанес Медведчикову не менее десяти ударов баллонным ключом и монтировкой по рукам, спине и ногам;**

28 мая 2006 г. — Есекенов, недовольный тем, рядовой Медведчиков отказался подшить ему подворотничок к обмундированию, **нанес Медведчикову не менее пятнадцати ударов ладонями обеих рук по лицу;**

15 мая — 15 июня 2006 г. — Градович, недовольный тем, что Медведчиков по неосторожности уронил принадлежащий Градовичу фотоаппарат, **нанес Медведчикову не менее десяти ударов ладонью правой руки в голову, далее приказал Медведчикову принять “упор лежа” и отжиматься от пола максимальное количество раз, после чего нанес Медведчикову не менее четырех ударов деревянным черенком по спине;**

середина июня 2006 г. — Градович, недовольный тем, что Медведчиков принес ему деревянную палку недостаточной длины, **нанес ему не менее пятнадцати ударов деревянной палкой по рукам и не менее пяти ударов ладонью правой руки в область левого уха;**

27 июля 2006 г. — Градович, недовольный тем, что рядовой Медведчиков не вымыл его тапочки вечером предыдущего дня, **нанес Медведчикову не менее двух ударов кулаком руки в голову;**

1 июля 2006 г. — Есекенов, недовольный тем, что Медведчиков неровно пришел ему подворотничок, **нанес ему сильный удар ладонью по лицу, от которого тот зашатался;**

10 июля 2006 г. — Градович, недовольный тем, что рядовой Медведчиков медленно выполнял его требование принести из ящика с чистой посудой ложку, **нанес ему не менее одного удара кулаком правой руки в правый бок, от которого Медведчиков упал на правое колено, схватился за бок и застонал;**

13 июля 2006 г. — Градович, недовольный тем, что Медведчиков в палатке ЗДН занимался своими делами, **нанес рядовому Медведчикову несколько ударов металлической ложкой по голове и два удара металлическим совком для мусора по голове;**

13 июля 2006 г. — Есекенов, недовольный тем, что рядовой Медведчиков не надлежащим образом подшил ему подворотничок к обмундированию, **нанес Медведчикову не менее одного удара основанием ладони правой руки в область челюсти;**

15 июля 2006 г. — Есекенов, недовольный тем, что в палатке сломана дверь тумбочки, **нанес Медведчикову 3 – 4 удара кулаком правой руки в область груди и 2 – 4 удара ногой в область ног;**

16 июля 2006 г. — Градович, недовольный тем, что рядовой Медведчиков медленно выполняет его неправомерное требование вскипятить воду для приготовления лапши, **нанес Медведчикову не менее двух ударов правой ногой, обутой в кирзовый сапог, по ноге, не менее двух ударов основанием правой ладони в область левого уха и не менее семи ударов кулаком правой руки в грудь;**

16 июля 2006 г. — сержант Есекенов **принудил рядового Медведчикова постирать подворотничок и в последующем подшить его к обмундированию.**

Поздним вечером того же дня рядовой С. В. Медведчиков совершил самоубийство через повешение.

Особо отметим, что многие издевательства над Медведчиковым совершались в присутствии других военнослужащих, что еще больше способствовало переживанию унижения. Так, например, 16 июля, незадолго до смерти Медведчикова, когда Градович, разозленный тем, что ему якобы слишком медленно готовят обед, начал избивать Медведчикова, тот пытался отойти в сторону, чтобы избежать ударов, однако “Градович его постоянно подзывал к себе и продолжал избивать его в присутствии других военнослужащих” (из показаний Штополя). По мнению сослуживца Медведчикова Меликова Д. А., “страх Медведчикова перед этими военнослужащими (Есекеновым и Градовичем) был обоснованным, т.к. те применяли

насилие практически ко всем военнослужащим ОРИР за такие проступки, как невыполнение их указаний, нарушение формы одежды, а также беспорядок в палатке”. Градович, применяя насилие к Медведчикову, часто говорил, что вообще убьет его. Важно также то, что **оба обвиняемых — и сержант Есекенов, и непосредственный начальник рядового Медведчикова Градович — “по службе характеризуются с положительной стороны”** (из постановления о привлечении в качестве обвиняемого), т.е. Медведчиков не мог рассматривать их действия в отношении себя как что-то из ряда вон выходящее, наоборот, — у него могло сложиться впечатление, что такие отношения являются типичными для российской армии, а потому протестовать и бороться против них бесполезно.

У рядового Медведчикова постепенно нарастало психогенное депрессивное состояние, как реакция на ситуацию систематических избиений и издевательств, осложнившуюся еще и тем, что командование предъявило ему обвинение в причастности к краже ГНВД и других деталей с автомобиля КАМАЗ, а Градович требовал возмещения ущерба за разбитый фотоаппарат. Нараставшее эмоциональное напряжение Медведчикова проявлялось в усилении подавленности, снижении фона настроения, нежелании общаться, жалобах сослуживцам на непереносимость издевательств, страхе перед расправой и насилием.

Суицид Медведчикова, безусловно, следует квалифицировать, как **аффективный** (в отличие от рационального). Медведчиков никогда не высказывал намерения покончить с собой, несмотря на многочисленные жалобы на непереносимость ситуации, строил планы на будущее, мечтал повидать незадолго до того родившуюся дочь, тепло относился к родителям и сестре, в своих письмах давал указания на последующее время службы (“через годик можете выслать пару переводов...” — из письма родителям от 26.06.06). **Решение о суициде было принято непосредственно под воздействием интенсивных и значимых эмоций, как протест против совершающихся несправедливостей и с целью избежать возможной расправы и дальнейших издевательств, и было не выношенным и обдуманым, а импульсивным.** Индивидуально-психологические особенности Медведчикова не могли оказать существенного влияния на принятие решения о суициде, **непосредственной причиной решения Медведчикова о самоубийстве и его реализации явилось систематическое применение насилия и унижения человеческого достоинства Медведчикова со стороны Есекенова И. К. и Градовича С. С.**

ВЫВОДЫ

Анализ представленных материалов позволяет прийти к заключению, что **выводы комиссии экспертов № 1940 посмертной комплексной психоло-**

го-психиатрической экспертизы Медведчикова Сергея Владимировича, 1986 г. рожд., являются научно-обоснованными и убедительными.

Согласно авторитетному руководству “Судебно-психологическая экспертиза в уголовном процессе” Ф. С. Сафуанова (М., 1998), при проведении экспертизы психического состояния лица, окончившего жизнь самоубийством, юридическое значение имеют два вопроса:

1) В каком психическом состоянии находился подэкспертный в период, предшествующий самоубийству?

2) Существует ли причинно-следственная связь между действиями обвиняемого и психическим со-

стоянием потерпевшего в период, предшествующий самоубийству?

В разбираемом заключении экспертов даны четкие и ясные ответы на оба этих вопроса: **1. К моменту совершения суицида у Медведчикова развилось невротическое депрессивное состояние на фоне психотравмирующей ситуации, связанной с систематически применявшимися к нему неуставными отношениями со стороны Есекенова И. К. и Градовича С. С. 2. Между действиями Есекенова и Градовича, как каждого в отдельности, так и в совокупности, и самоубийством Медведчикова С. В. имеется прямая причинно-следственная связь.**

*Ю. С. Савенко, специалист-психиатр
Л. Н. Виноградова, специалист-медицинский психолог*

8 мая решением Белогорского гарнизонного военного суда (Амурская обл.) Есекенов И. К. и Градович С. С. признаны виновными в совершении преступления, предусмотренного пунктами “а”, “в” ч. 3 ст. 286 УК РФ, т.е. фактически, в доведении до самоубийства Сергея Медведчикова, и получили наказание в виде трех с половиной и пяти с половиной лет лишения свободы в исправительной колонии общего режима соответственно. Есекенову запрещено занимать на государственной службе должности, связанные с руководством людьми, в течение двух, Градовичу — в течение трех лет.

Рассмотрев гражданский иск о компенсации морального вреда, поданный Фондом “Право Матери” от имени матери погибшего к войсковой части N 26381, суд решил, что войсковая часть обязана возместить Нине Васильевне Медведчиковой 300 тысяч рублей в качестве компенсации морального вреда за гибель сына. В приговоре суда особо отмечается, что “На фоне проявления в течение длительного времени фактов неуставных взаимоотношений, в подразделении сложилась обстановка безнаказанности и круговой поруки... каких-либо мер по пресечению неуставных взаимоотношений со стороны Градовича С. С., Есекенова И. К. не предпринималось.”

Так представители неправительственных организаций — Фонда “Право Матери” и Независимой психиатрической ассоциации России — помогли военному суду принять справедливое решение.

Другое, также недавно завершившееся победой дело Фонда “Право Матери” — самоубийство Игоря Андреева, 1986 г. рожд.

Игорь был призван в армию 28 апреля 2004 года и служил в в/ч 1005 “Ж” (Президентский полк). В полку существовала целая система неуставных отношений, над солдатами издевались, вымогали деньги, били. В связи с развившимся депрессивным состоянием, Игорь не мог справляться со своими служебными

обязанностями, и это вызывало постоянные нарекания и наказания. 22 июня 2005 года Игорь Андреев в составе группы военнослужащих был переведен в в/ч 51212, расположенную в Севастополе. 23 июня 2005 в поезде Москва-Севастополь в тамбуре туалета обнаружили тело Игоря Андреева, висящее в петле из брючного ремня, привязанного к трубе водоснабжения.

Несмотря на большое количество доказательств о денежных поборах и издевательствах в полку, вопрос о доведении до самоубийства в суде не стоял. Удалось доказать только один эпизод — об избении И. Андреева в марте 2005 года рядовым той же части Ромадовым Р. О. за то, что Игорь не достал денег (это эпизод, когда применение неуставных отношений к Игорю Андрееву подкрепляется свидетельскими показаниями). Ромадов был признан виновным в совершении преступления, предусмотренного ч. 1 ст. 335 УК РФ (нарушение уставных правил взаимоотношений между военнослужащими при отсутствии между ними отношений подчиненности, связанные с унижением чести и достоинства, сопряженные с насилием) и приговорен к 1 году и 6 месяцам дисбата. При этом суд учел, что Ромадов собирал деньги с военнослужащих не по своей воле, а по распоряжению старослужащих, и несколько раз сам подвергался жестоким избениям, когда не мог собрать требуемую сумму.

Однако Фонд “Право Матери” не удовлетворился решением военного суда и подал от имени родителей гражданский иск к военной части о компенсации морального ущерба за смерть сына, решив наказать командование части “рублем”. Ведь родители Людмила Дмитриевна и Андрей Иванович отправили в армию абсолютно здорового сына. Прежде чем попасть в Президентский полк, он прошел серьезный отбор и очень хотел служить в армии. Однако служба оказалась слишком “дорогостоящей” для Игоря. Каждый месяц он вынужден был просить у родителей не менее

1,5 тысяч рублей и хорошо понимал, что это является для них непосильным бременем.

Юрист Фонда “Право Матери” Татьяна Сладкова ходатайствовала о приобретении к материалам дела разъяснения специалистов Независимой психиатри-

ческой ассоциации России по поводу заключения посмертной комплексной психолого-психиатрической судебной экспертизы и назначении повторной посмертной комплексной судебной психолого-психиатрической экспертизы.

**Разъяснения специалистов —
психиатра и медицинского психолога
относительно заключения № 99/05 посмертной комиссионной комплексной
психолого-психиатрической судебной экспертизы
на Андреева Игоря Андреевича, 1986 г.рожд.**

Настоящие разъяснения даны 5 октября 2007 г.

по запросу юриста Фонда “Право Матери” Сладковой Татьяны Игоревны, представителя Струговой Л. Д. и Андреева А. И., истцов по гражданскому делу о компенсации морального вреда в связи с гибелью их сына Андреева И. А.,

на основании представленной ею ксерокопии Заключения № 99/05 посмертной комплексной психолого-психиатрической экспертизы на Андреева А. И. от 28 октября 2005 г., проведенной в отделе судебно-психиатрической экспертизы 111 Главного государственного центра судебно-медицинских и криминалистических экспертиз РФ,

для ответа на вопрос: являются ли выводы, сделанные экспертами научно-обоснованными?

Заключение экспертов написано на 26 страницах, из которых первые три занимают сведения об экспертах, изложение обстоятельств дела и вопросы следователя, 14 страниц - анализ материалов дела и ответы на вопросы экспертами-психиатрами и 9 страниц — психологическое исследование и ответы на вопросы эксперта-психолога.

Эксперты-психиатры подробно излагают и анализируют материалы дела и приходят к выводу, что *“при жизни, до призыва в армию Андреев И. А. каким-либо психическим заболеванием или иным болезненным состоянием психической сферы не страдал”*. И хотя при ответе на вопрос никаких обоснований не приводится, это вывод не вызывает сомнений. Далее эксперты-психиатры приходят к выводу, что в процессе прохождения военной службы, в результате воздействия длительной психотравмирующей ситуации (неуставные отношения, денежные поборы, насилие и унижения со стороны сослуживцев и командиров части) у Андреева И. А. *“возникло и развилось ситуационно обусловленное психогенное депрессивное состояние (F 32.10 по МКБ-10)”*. Проявления этого состояния подробно описаны экспертами. Это: пониженное настроение, эмоциональная подавленность с двигательной заторможенностью, эпизодами оцепенения, с непреодолимой сонливостью, с заторможенностью и угнетением интеллектуально-мыслительной деятельности с депрессивно окрашенными мыс-

лями о том, что окружающие считают его “хуже других”, с трудностью осмысления служебно-должностных ситуаций и ограниченной способностью исполнения своих служебных обязанностей, эпизодов аффективных вспышек с последующим двигательным истощением в виде двигательного оцепенения. Все это — характерные признаки депрессивного состояния и диагностическая квалификация экспертов является вполне обоснованной. Отмеченные при этом у Андреева “аффективные вспышки” на фоне постоянно подавленного “оцепенелого” состояния являются наиболее опасным в отношении суицидального риска сочетанием. Это депрессивная вязкость аффекта, которая ведет к накоплению аффекта с его эпизодическими приступообразными разрядами не только в форме “эмоциональных вспышек” раздражительности, но и порывов отчаяния, в момент которых и совершается суицид. Это сочетание позволяло говорить об **очевидно высоком суицидальном риске и требовало безотлагательных упреждающих мер.**

Эксперты считают, что данное депрессивное состояние явилось фактором, предрасполагающим к совершению самоубийства, однако полагают, что оно не достигало психотического уровня и не лишало Андреева И. А. способности отдавать отчет в своих действиях, понимать их значение и руководить ими. Однако это утверждение экспертов не сопровождается никаким обоснованием. В качестве разъяснения в ответе на вопрос эксперты пишут, что депрессивное состояние Андреева “не сопровождалось нарушением ясности сознания, критических способностей, бредом, галлюцинациями и т.д.”, подчеркивают, что данное депрессивно-невротическое состояние имело ситуационный характер, то есть возникло и развилось в результате хронического воздействия психотравмирующих факторов. Между тем, и ситуационно возникшая депрессия может на высоте психотравмирующих переживаний достигать психотического уровня, существенно ограничивать критические способности человека и лишать его способности в полной мере понимать значение своих действий и руководить ими.

Эксперты не проанализировали имеющиеся в их распоряжении материалы уголовного дела в 6 томах с

этой точки зрения, заранее отвергая такую возможность на основе того, что депрессия Андреева носила ситуационный характер. Изложенных в заключении материалов недостаточно для того, что дать определенный отрицательный ответ на вопрос о том, мог ли Андреев понимать значение своих действий и руководить ими в момент совершения суицида, однако такая вероятность имеется. В любом случае, **Андреев нуждался в изолировании от психотравмирующей ситуации и медикаментозном лечении, поскольку такие состояния сопровождаются чрезвычайно высоким суицидальным риском**, часто более высоким, чем тяжелая эндогенная депрессия.

Заключение эксперта-психолога написано так, как будто она не читала заключение психиатров, как будто это не комплексная психолого-психиатрическая экспертиза, где психолог — член команды, а отдельная психологическая. **То, что психолог описывает как личностные особенности Андреева во время службы в армии, на самом деле было проявлением его болезненного депрессивного состояния**, которое хорошо описали и диагностировали психиатры. *“В период прохождения службы он почти ни с кем не общался, общение происходило только по служебной необходимости, он свободное время проводил в одиночестве, почти всегда держался особняком”*. Единственный человек, с которым у Андреева сложились нормальные товарищеские отношения, рядовой Карцев, так характеризовал своего сослуживца: *“Андреев был необщительный человек, немногословный, поникший, молчаливый, замкнутый, я даже не помню, улыбался ли Андреев”*. По свидетельству сослуживцев, военная служба давалась Андрееву тяжело: в суточном наряде он не выдерживал физически и под утро, как правило, засыпал; не справлялся с нормативами по физической подготовке, постоянно отставал, *“даже на стрельбах был худшим”*, при подъеме по тревоге вставал и одевался последним. По словам Карцева, Андреев был постоянно в подавленном состоянии, *“иногда уходил куда-нибудь в сторону от всех и сидел как будто в оцепенении”*, все делал очень *“медленно”*, *“нерасторопно”*. *“Несколько раз я видел со стороны Андреева эмоциональные вспышки, когда он ни с того ни с сего мог накричать на кого-либо из сослуживцев, а потом резко замолкал и уходил куда-то в оцепенении”*. Андреев жаловался Карцеву, что не может выполнять то, что от него требуют, говорил, что *“он так долго не выдержит, сойдет с ума”*. Андреев очень болезненно переживал то, что в роте все считали его *“наихудшим во всем, это его очень угнетало, он постоянно думал об этом...”*. *“Он считал себя неудачником, который в жизни ничего не может”*. Карцев описывает безусловно патологическое состояние Андреева: *“У меня сложилось впечатление, что тело его в этом мире, а мыслями он в каком-то другом мире, взгляд какой-то отрешенный”*. Причем Карцев наблюдал такое состояние у Андрее-

ва все те полгода, что служил с ним. Аналогичные сведения получены от ряд. Чаплынского, Илюшина, Агапова, Мысляева, Сахарчука, ефр. Муравьева, сержанта Молодикова. Ряд. Сахарчук со слов сослуживцев знал, что Андреев *“зарекомендовал себя как невменяемый”*, *“глупый, неразговорчивый, жил один, друзей у него не было. Отношения у него с командиром были плохие... Его переводят из-за того, что он был замкнут, глупый, и командир хотел от него избавиться”*. Другие свидетели не отмечают ничего особенного в поведении Андреева, но это лишь подтверждает тот факт, что Андреев был незаметен в части, и никак не противоречит показаниям Карцева и других.

Родители первое время не отмечали ничего тревожного в поведении сына, однако они виделись с ним чрезвычайно редко (за все время службы отец навещал его три раза), последние несколько месяцев Андреев писем домой не писал, только разговаривал с родными по телефону и просил денег. По показаниям отца в мае 2005 г. во время очередного разговора с сыном у него сложилось впечатление, что у сына какие-то проблемы, на вопрос: *“Может к тебе приехать?”*, тот ответил *“Да, неплохо бы приехать”*. Возможно, в это время Андреев уже знал о предстоящем переводе в другую часть. Большинство свидетелей отмечают, что после известия о переводе состояние Андреева еще больше ухудшилось: *“настроение совсем упало, ходил грустный, расстроенный”*, *“стал нервным, дерганным, беспокойным”*. Непосредственно перед отправкой в Севастополь плохое состояние Андреева отмечает и командир роты майор Панов, причем в его описании есть указания на возможную недостаточную ясность сознания: *“был подавлен и выглядел “потерянным”, ... “его просили показать что-либо из вещей, которые у него были с собой, а он путался — вместо шапки показывал что-то другое”*.

Капитан Горемыш дает другие сведения об Андрееве: *“Андреев вел себя спокойно, уверенно, поэтому я назначил его старшим”*, однако Горемыш, как человек, прибывший из Севастополя в Москву за военными служащими и ранее не знавший Андреева, мог и не обратить внимание на необычное поведение Андреева. Военнослужащие, следовавшие вместе с Андреевым в поезд, отмечают его подавленное состояние: *“постоянно смотрел в окно и практически не общался с нами”* (ряд. Романов и др.). Последним его видел ряд. Продукин возле туалета, где впоследствии и был найден труп Андреева. *“По Андрееву можно было сказать, что он был подавлен... мне показалось, что у Андреева что-то случилось”*.

Все это свидетельствует о том, что у Андреева **постепенно нарастали патологические особенности, являвшиеся проявлением его депрессивного состояния. Андреев не был таким до армии, эти особенности появились и стали нарастать во время службы под действием постоянной психотравмирующей ситуации в виде неуставных отношений,**

постоянных денежных поборов, избивений, унижения человеческого достоинства.

Эксперт-психолог считает, что Андрееву при жизни были присущи такие индивидуально-психологические особенности как замкнутость, отстраненность, обособленность, повышенная чувствительность к эмоциональным нюансам отношений, внутренняя уязвимость, преобладание аффективно обусловленных критериев в оценке событий, склонность к драматизации и анализу переживаний. Непонятно, на основе каких данных эксперт пришел к таким выводам: результаты психологического обследования, которое Андреев проходил перед призывом в президентский полк, неизвестны, а его жизненный путь до призыва в армию и характеристики родных и друзей рисуют совсем другую картину.

9 классов он окончил с отличными оценками и был переведен в математическую школу. Здесь сначала возникли проблемы с освоением программы, однако они были решены с помощью занятий с репетитором, и в результате Андреев успешно закончил обучение, показав себя “способным учеником”. “В отношениях с одноклассниками был дружелюбен, корректен. Принимал участие в спортивных соревнованиях..., защищал честь школы на турслете...”. После окончания школы поступал в институт на бюджетное отделение, однако не добрал одного балла. Обучаться на платной основе не позволяло материальное положение семьи, и Андреев пошел работать, начал заниматься физическими упражнениями и готовиться к армии, надеясь продолжить обучение после службы в армии. И родители, и одноклассники отмечали, что Андреев был общительным и спокойным, дружелюбным, корректным, всегда имел собственное мнение, “мог постоять за себя”. Во время обучения в новой школе (старшие классы), действительно, не приобрел новых друзей, однако это довольно типично для тех случаев, когда подростки приходят в уже сформированный коллектив. Андреев продолжал поддерживать близкие отношения со своими прежними друзьями, а в новой школе имел ровные спокойные отношения и с учителями, и с одноклассниками.

Рассуждения эксперта-психолога о личностных особенностях Андреева не выглядят убедительными, поскольку это описание человека, находящегося в болезненном состоянии, такие черты присущи людям с депрессивными расстройствами. Болезнь наложила свой отпечаток на настроение, поведение, суждения Андреева.

Психолог утверждает, что “*в течение длительного времени (всего срока службы), Андреев И. А. достаточно успешно функционировал (удерживался в армейской ситуации) в условиях психотравмирующей ситуации (неуставные отношения в роте), он смог в ней адаптироваться. У Андреева И. А., несмотря на ряд фрустрирующих факторов — факты “вымогательства” денежных средств (показания родных и*

сослуживцев), случаи избивения (доказанные следствием), в целом сохранялся достаточно ровный (пониженный) фон настроения и наблюдались привычные для него формы поведения и реагирования”. Такой вывод прямо противоречит всем сведениям, приведенным в заключении психиатрами, и самим психологом, и выглядит, как насмешка. Человек, которого считали худшим в роте, глупым и бестолковым, который не справлялся ни с какими заданиями и говорил, что он не выдержит, оказывается “достаточно успешно функционировал”, сохранял “достаточно ровный фон настроения” и “привычные для него формы поведения”. Вероятно, это написано для того, чтобы показать, что никто не мог ничего заметить, между тем, как все приведенные в заключении сведения говорят о том, что не заметить плохое состояние Андреева было очень трудно. Неслучайно Андреева решили перевести в другую часть. О чрезвычайной тенденциозности эксперта-психолога говорит то, что она берет слово “вымогательства” в кавычки, поясняя, что имеются соответствующие показания родных и сослуживцев, а после слов “случай избивения” вставляет избыточное уточнение — “доказанные следствием”.

Вывод эксперта-психолога о том, что в основе самоубийства Андреева лежало “*взаимодействие нескольких совокупных факторов — индивидуально-психологические особенности его личности, хроническая психотравмирующая ситуация (неуставные отношения в роте), и непосредственно факт его перевода на службу в другую часть, что определяло необходимость заново адаптироваться к новым условиям службы*” является тенденциозным, недоказанным и противоречит утверждениям самого эксперта-психолога, согласно которым присущие Андрееву индивидуально-психологические особенности личности сами по себе “не являются факторами, предрасполагающими к совершению суицида”. **Не индивидуально-психологические особенности, а хроническая психотравмирующая ситуация была ведущим фактором, приведшим молодого психически здорового юношу сначала к психогенному депрессивному состоянию, а потом — к самоубийству.** А эксперт-психолог мало того, что релятивизирует эти факторы в отношении важности, ставит на первое место особенности личности.

Таким образом, анализ заключения позволяет прийти к выводу, что проведенная экспертиза не является комплексной: психиатры и психолог анализировали имеющиеся материалы и особенности поведения Андреева совершенно независимо друг от друга. Эксперт-психолог не сумел квалифицированно оценить особенности поведения Андреева, и сделанные им выводы носят тенденциозный характер.

Сведения, приведенные в заключении, позволяют утверждать, что в течение нескольких месяцев Андреев находился в болезненном состоянии,

которое было вызвано делящейся психотравмирующей ситуацией и требовало медицинской помощи. Отсутствие изменений в ситуации привело к углублению депрессивных переживаний Андреева, а перевод в другую часть оказался последней каплей, которая окончательно лишила Андреева его адаптационных ресурсов и критических возможностей, и привела к совершению самоубийства.

Рекомендуется назначение повторной посмертной комплексной психолого-психиатрической экспертизы, на разрешение которой следует поставить — в числе прочих — такие вопросы:

– страдал ли Андреев каким-либо временным болезненным расстройством психической деяте-

льности в период, непосредственно предшествующий совершению суицида (примерно с 01.01.2005 по 23.07.2005), и если да, то каким и не лишало ли его это временное психическое расстройство способности понимать значение своих действий и руководить ими? Какое влияние это болезненное расстройство оказало на личностные особенности Андреева в период, предшествующий суициду?

– нуждался ли Андреев в период, предшествующий совершению суицида, в консультации врача-психиатра и оказании ему психиатрической помощи?

*Ю. С. Савенко, специалист-психиатр
Л. Н. Виноградова, специалист-медицинский психолог*

Проведение экспертизы было поручено специалистам, представленным Фондом “Право Матери”: Гацולהву Казбеку Борисовичу (врач-психиатр, стаж 40 лет), Спиридоновой Наталье Васильевне (врач-психиатр, стаж 28 лет) и Калашниковой Ольге Эрнстовне (медицинский психолог, стаж 16 лет). Эксперты пришли к выводу, что “Имевшиеся у Андреева индивидуально-психологические особенности не являются фактором, предрасполагающим к совершению самоубийства. (...) Андреев находился в состоянии, предрасполагающем к совершению самоубийства. Ведущей причиной этого состояния явилась длительная психотравмирующая ситуация (денежные поборы, избиения, унижения и т.п.), в которой он находился в течение нескольких месяцев с невозможностью выхода из нее и неспособностью повлиять на ее изменение.” В экспертном заключении было также

отмечено, что “в период, предшествующий совершению суицида, Андреев находился в депрессивном состоянии умеренной выраженности и нуждался в изоляции от психотравмирующей ситуации (не в виде перевода в другую часть, а в виде помещения в госпиталь или предоставления отпуска) и медикаментозном лечении. Депрессивное состояние Андреева И. А. имело выраженные внешние проявления, хорошо заметные окружающим, и требовало направления на срочную консультацию врача-психиатра, поскольку такие состояния чреваты высоким суицидальным риском”.

На основе проведенной экспертизы суд принял решение выплатить по 450 тысяч рублей каждому из родителей погибшего. Итого 900 (девятьсот) тысяч, почти миллион. Может быть, это заставит командование Президентского полка навести порядок?

14-й симпозиум
Ассоциации европейских психиатров

**КАК ЖИТЬ С ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ
В БЫСТРО МЕНЯЮЩЕМСЯ МИРЕ?**

11 – 14 июня 2008 г., Дубровник, Хорватия

www.depol.org

О медицинской небрежности, патологических игроках и в возрасте согласия на наркологическое лечение

Обзор избранных публикаций

“Журнала американской академии психиатрии и права”

(The Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law, v. 35, # 3, 2007)

Редакционная статья “Опыт работы в специализированном суде по делам о медицинской небрежности” (A Medical Malpractice Tribunal Experience) открывает номер. Автор (Donna M. Norris, MD) делится впечатлениями о своей работе в составе такого судебного органа в штате Массачусетс.

Суд по делам о медицинской небрежности (СДМН) — фильтр, отсеивающий необоснованные претензии истцов. Причина его создания — отмечающийся в течение последних десятилетий стремительный рост числа исков пациентов к врачам с требованиями выплаты компенсаций за причинение вреда здоровью в результате не отвечающего стандартам лечения, и связанное с этим резкое повышение стоимости страхования врачей на случай подобных исков.

СДМН состоит из судьи, адвоката и врача. Председателем является один из судей штата Массачусетс. Адвокат и врач выбираются на ротационной основе из списка практикующих в данном штате юристов и врачей, изъявивших желание участвовать в работе СДМН, и получают компенсацию в размере \$50 в день.

СДМН имеет право затребовать необходимую медицинскую документацию, вызывать свидетелей, назначать экспертов для оценки состояния здоровья истца, однако, по наблюдениям автора, на практике чаще всего дело ограничивается информацией, предоставляемой адвокатами сторон. Судебное слушание является открытым и, обычно, длится около 2 часов. Роль врача сводится к интерпретации медицинских записей, информированию суда о существующем в штате стандарте медицинской практики. Если иск признается обоснованным, он направляется в суд штата, если необоснованным, отклоняется. В случае если истец настаивает на рассмотрении признанного необоснованным иска в обычном суде штата, ему необходимо заплатить \$6000. При финансовой несостоятельности истца сумма может быть уменьшена.

Основываясь на собственном опыте работы в СДМН, Dr. Norris отмечает, что питательной средой для исков к врачам являются некачественные отношения между врачом и пациентом. Важный элемент защиты врача в суде — ясные, полные, читабельные врачебные записи в медицинской документации.

В разделе “Биография” помещена статья президента Американской академии психиатрии и права Dr. Jeffrey Janofsky и ассистента кафедры психиатрии медицинской школы Мерилендского университета Dr. Christiane Tellefsen: “Врач Jonas R. Rapoport — отец — основатель Американской академии психиатрии и права”.

В статье подробно описывается профессиональная деятельность Dr. Rapoport, его вклад в развитие судебной психиатрии в США. В беседе с авторами, вспоминая о своей работе в обществе психиатров штата Мериленд, Dr. Rapoport с юмором заметил: “Я ходил на собрания, говорил и говорил в комитетах. Если вы достаточно говорливы, вас либо выгонят, либо сделают президентом”. В 1965 – 1966гг. Dr. Rapoport — президент Мерилендского общества психиатров.

В 1969 г., благодаря его усилиям, состоялась встреча директоров университетских судебно-психиатрических программ, на которой было решено создать профессиональную организацию судебных психиатров США — Американскую академию психиатрии и права (The American Academy of Psychiatry and the Law — AAPL).

Первый съезд новой организации состоялся в том же году в Балтиморе и Dr. Rapoport был избран первым президентом AAPL. К настоящему времени Американская академия психиатрии и права превратилась во влиятельную организацию, насчитывающую около 2000 членов, в том числе небольшое количество иностранных, среди которых и автор этих строк. AAPL издает ежеквартальный профессиональный рецензируемый журнал и выходящий трижды в год информационный бюллетень, посвященный вопросам деятельности AAPL и ее региональных организаций, поддерживает свой сайт в Интернете: www.aapl.org, проводит ежегодные съезды.

Мне посчастливилось встретиться с Dr. Rapoport в Бетесде, штат Мериленд в 2002 г. Вспоминая свою поездку с группой американских психиатров в Советский Союз на рубеже 1980 – 1990 гг. для оценки положения дел в советской психиатрии, он с уважением говорил о профессиональной подготовке психиатров, отмечая в то же время, что тотальное огосударствление психиатрии и мощный идеологический пресс со-

здавали питательную среду для злоупотреблений психиатрией в политических целях.

Признавая заслуги Dr. Rappoport, AAPL учредила для наиболее талантливых начинающих судебных психиатров стипендию его имени. Dr. Rappoport по-прежнему активен, и хотя оставил частную практику, продолжает преподавать судебную психиатрию в университете штата Мериленд.

В разделе “Специальные статьи” помещена работа группы психологов во главе с David M. Ledgerwood: **“Клинические особенности и прогноз лечения патологических игроков с наличием и отсутствием недавних правонарушений, связанных с патологическим влечением к азартной игре”** (Clinical Features and Treatment Prognosis of Pathological Gamblers With and Without Recent Gambling-Related Illegal Behavior).

Авторы, определяя патологическую игровую активность как расстройство контроля влечений, характеризующееся чрезмерной вовлеченностью в азартные игры, указывают, что данная патология обнаруживается примерно у 0,4 – 1,6 % взрослых американцев. Согласно DSM-IV-TR диагноз патологической вовлеченности в азартные игры (pathological gambling) устанавливается при наличии у игрока не менее 5 из 10 следующих диагностических признаков: (1) азартная игра превращается в основную заботу, (2) необходимость играть, увеличивая количество денег для поддержания состояния возбуждения, (3) безуспешные попытки прекратить или уменьшить игровую активность, (4) беспокойство и раздражительность, когда возможность играть уменьшается, (5) использование азартных игр, как способа избавления от эмоциональных проблем, (6) использование игры для компенсации потерь, (7) обман окружающих с целью скрыть уровень потребности участия в азартных играх, (8) вовлечение в противозаконную деятельность для добывания денег для игры, (9) риск потери рабочего места или нарушения отношений с окружающими, (10) обращение к семье или друзьям за помощью в отчаянной финансовой ситуации, возникшей в результате игры.

Связанное с азартной игрой противоправное поведение обычно включает в себя растрату, кражи, мошенничество, выписывание недействительных денежных чеков, незаконный доступ к банковским счетам других людей и ряд других ненасильственных преступлений. При этом степень тяжести игровой зависимости коррелирует с уровнем риска вовлечения в подобного рода противозаконную деятельность. По данным Tose-Gerstein et al (2003), среди лиц с тяжелой степенью зависимости от азартных игр (от 8 до 10 диагностических признаков DSM-IV-TR) когда-либо в течение жизни совершали преступления, связанные с азартными играми, — 61 %, тогда как среди лиц с менее тяжелой степенью — лишь 2,2 %.

На основании собственного исследования авторы установили, что из 231 патологических игроков, обратившихся за лечением, 63 (27,3 %) совершили хотя бы одно связанное с азартными играми уголовно —

наказуемое деяние в течение года, предшествовавшего исследованию. При этом у них обнаруживались признаки более выраженной зависимости от азартных игр и большая величина денежного долга, возникшего в результате патологической игровой активности, в сравнении с другими 168, не совершавшими правонарушений в указанный период времени.

Перед началом двухмесячного курса терапии (все участники исследования были рандомизированы в три группы, первая из которых получала лечение по программе “анонимных игроков” (аналог “анонимных алкоголиков”), вторая — участие в группе “анонимных игроков” плюс самостоятельная работа с 70-страничным руководством по когнитивной психотерапии, содержащем несколько упражнений, а также рекомендации по контролю долга, возникшего в результате игры, третья — участие в программе “анонимные игроки” плюс индивидуальная когнитивная психотерапия по 50 мин. 1 раз в неделю под руководством квалифицированного психолога).

Основной вывод авторов сводится к следующему: поскольку патологические игроки с противоправным поведением, связанным с азартной игрой, ни в одной из терапевтических групп не достигали уровня, когда количество имевшихся у них симптомов патологической зависимости от азартных игр было менее 5, данная категория лиц нуждается в более активных методах лечения.

Журнал публикует также комментарий к данной статье, написанный Dr. J. Grant и Dr. M. Potenza, в котором авторы затрагивают несколько интересных вопросов.

В частности, является ли противоправное поведение у некоторых патологических игроков “результатом болезни” или “внутренним аспектом болезни”? Вопрос правомерен, т.к. одним из диагностических критериев патологической игровой активности в DSM-IV-TR является “...совершение противоправных действий, таких как подлог, мошенничество, кража, растрата для финансирования патологической игровой активности”. Авторы задают вопрос: “Предполагают ли критерии DSM-IV, что нейробиология патологической игровой активности является источником противоправного поведения”? и отвечают, что такая интерпретация согласовывалась бы с полученными Slutske WS, Eisen S, Xian H, et al (2001) данными, указывающими на общую генетическую основу патологической игровой активности и антисоциального поведения у близнецов мужского пола.

В то же время, как отмечают авторы, несмотря на существование прочной связи между противоправным поведением и алкоголизмом, и наркоманией, мы не находим в числе диагностических признаков алкоголизма и наркомании в DSM-IV-TR такого, например, как совершение противоправных действий с целью добывания средств на приобретение алкогольных напитков или наркотических средств.

По мнению авторов, уникальность зависимости от азартных игр в сравнении с зависимостью от алкоголя или наркотиков вытекает из следующего диагности-

ческого предостережения в DSM-IV-TR: “необходимо иметь в виду, что включение сюда [в DSM] для клинических и исследовательских целей таких диагностических категорий, как патологическая вовлеченность в азартные игры или педофилия не означает, что данные состояния соответствуют правовым или немедицинским критериям того, что понимается под психической болезнью, психическим расстройством или нарушением психических функций”.

Данное заявление, как полагают авторы, в худшем случае указывает на наличие глубокого расхождения во взглядах между психиатрией и правом, в лучшем — на существенное различие в понимании значимости диагноза в психиатрии и юриспруденции, а изоляция патологической вовлеченности в азартные игры от других психических расстройств и группировка с педофилией наводит на мысль о степени стигматизации обоих расстройств, как в психиатрии, так и в праве.

Авторы обращают внимание на следующее обстоятельство: суды отделяют ключевые элементы патологической вовлеченности в азартные игры от поведения, которое является результатом данного расстройства, в большей степени, чем это делает DSM-IV-TR. В частности, они приводят пример судебного решения по делу *United States v. Grillo* (2004), где защита пыталась добиться смягчения приговора правонарушителю с признаками патологической вовлеченности в азартные игры, признанному виновным в краже и мошенничестве. Защита утверждала, что когда у обвиняемого были деньги для игры, он не совершал краж, но крал лишь в тех случаях, когда денег для игры не было. Суд указал, что смягчение приговора позволительно не тогда, когда психическое расстройство имеет прямую причинную связь с преступлением, либо мотивирует преступление, но тогда, когда поведение, вытекающее из психического расстройства, само по себе образует состав преступления.

Еще один интересный вопрос, на котором останавливаются авторы комментария, — что следует понимать под выражением: “связанное с азартной игрой поведение”.

“Например, — пишут авторы, — и противоправное поведение, и патологическая вовлеченность в азартные игры частично могут быть производными антисоциального расстройства личности. В сравнении с 1–3 % распространенности антисоциального расстройства личности в общей популяции, приблизительно от 15 % до 40 % лиц с патологической вовлеченностью в азартные игры имеют признаки антисоциального расстройства личности, и большой процент заключенных в тюрьмах обнаруживают патологическую вовлеченность в азартные игры. Приписывать ли противоправные действия, совершаемые патологическим игроком, социопатии, патологической зависимости от азартных игр или каким-то другим факторам?”

Авторы также полагают, что поскольку, как это следует из комментируемой ими статьи, когнитивная психотерапия недостаточно эффективна при лечении патологических игроков, совершающих связанные с азартными играми противоправные деяния, исследо-

вание эффективности фармакологических препаратов, таких, например, как naltexone и acamprosate, явилось бы оправданным.

Раздел “Регулярные статьи” открывает работа канадских авторов, посвященная **сравнительной оценке убийств матерей и отцов своими детьми** и комментариям к ней.

Далее находим статью **“Расхождения между американскими штатами в отношении возраста, по достижении которого несовершеннолетние могут выразить согласие на наркологическое лечение”**, написанную Dr. Pedro Weisleder из детского медицинского центра в Дейтоне, штат Огайо. Согласно приводимым автором данным, существуют значительные расхождения между законами штатов относительно возраста, при котором несовершеннолетний обретает способность выразить согласие на конфиденциальное лечение по поводу злоупотребления алкоголем или наркотическими веществами. Так, если в Арканзасе, Айове и Огайо “конфиденциальное лечение должно быть доступно любому несовершеннолетнему”, в Иллинойсе подростку должно быть не менее 12 лет, в Делавэре — 14, в Мериленде — 16.

Пытаясь выяснить, какой информацией пользовались законодатели, устанавливая минимальный возраст согласия несовершеннолетнего на конфиденциальное наркологическое лечение, автор запросил юридические отделы и юридические библиотеки всех 50 штатов с целью идентифицировать законодателей, готовивших проекты соответствующих законов штатов, и документы, на которые они опирались при подготовке законопроектов. По получении сведений о законодателях, автор обратился к каждому из них с просьбой вспомнить информацию, на основании которой ими был выбран тот или иной минимальный возраст подростка для соответствующего законопроекта. Были получены ответы от членов законодательных органов 31 из 50 штатов. Информация от законодателей (email, письма), сравнивалась с информацией, содержащейся в законодательной истории законопроекта.

В результате проведенного анализа, автором было установлено, что в 48 штатах и округе Колумбия существуют законы, разрешающие несовершеннолетним получать конфиденциальное медицинское лечение по поводу злоупотребления алкоголем и наркотическими веществами. В 24 штатах возраст, начиная с которого несовершеннолетние могут обращаться за наркологическим лечением на условиях конфиденциальности, не определен. В 4 штатах указан возраст, начиная с которого подобное лечение может проводиться в стационарных условиях, но не указан для амбулаторного лечения. 4 штата и округ Колумбия оговаривают в качестве специального условия необходимость информирования родителей или опекунов о конфиденциальном стационарном противоалкогольном или противонаркотическом лечении подростка.

По данным Dr. Weisleder, шесть штатов ориентировались на уже существующие законы штатов, касающиеся несовершеннолетних. Законодатели нескольких штатов не могли вспомнить, чем они руководст-

вовались, предлагая тот или иной возраст подростка, однако, как замечает автор: “Никто не выразил свое мнение более красноречиво, чем законодатель из штата Колорадо, заявивший, что “...мы, вероятно, вытянули цифру из воздуха”. В пяти штатах авторы законопроектов руководствовались стремлением устранить законодательные барьеры на пути к конфиденциальному наркологическому лечению подростков. Лишь в четырех штатах авторы упомянутых законопроектов при решении вопроса о минимальном возрасте согласия обращались за советом к специалистам в области психического здоровья, причем в двух из них такие рекомендации не были учтены при формулировании окончательного решения.

Данная статья сопровождается интересным комментарием: “Законодатели: как те, кто принимает решения, решали? Кому следует быть у них экспертами?” (Legislators-How Did the Deciders Decide? Who Shall Serve as Their Experts?), написанным Dr. Donald J. Meyer — заместителем директора отдела судебной психиатрии медицинского центра Beth Israel Deaconess, Бостон, штат Массачусетс.

Автор отмечает, что хотя специалисты в области психического здоровья часто говорят, что способность индивидуума выразить информированное согласие специфична и требуемый ее уровень зависит от того, “на что” такое согласие требуется (лицо может понимать риски и выгоды своего решения в одной области, но не понимать — в другой), законодатели и судьи сомневаются в необходимость существования разных правил для разных ситуаций, предпочитая одно общее правило. А потому, выбирая минимальный возраст согласия на конфиденциальное наркологическое лечение, многие законодатели руководствовались уже существовавшими законодательными актами, где был установлен минимальный возраст согласия несовершеннолетнего на соматическое лечение, вступление в половые отношения, на брак, и т.д.

Далее автор останавливается на культуральных и политических аспектах проблемы возраста согласия несовершеннолетнего на конфиденциальное наркологическое лечение. Среди некоторых групп населения стремление законодателя снизить возраст согласия подростка может восприниматься как покушение на авторитет родителей, ограничение возможности родителей контролировать своего ребенка. Родители — избиратели, и если законодатель отнимает у них часть их авторитета, вряд ли они проголосуют за него на следующих выборах.

По мнению автора, политическое давление, которому подвергаются законодатели, зачастую определяет выбор того или иного возраста. Предположим, сын близкого родственника законодателя лечился по поводу зависимости от наркотических веществ, и этот законодатель желает снижения минимального возраста согласия подростка. Он обращается за поддержкой к коллегам. Те, взамен на свою поддержку, просят его поддержать их в голосовании по важным для них законопроектам, некоторые из которых первый может

считать неприемлемыми. Решение, таким образом, находится в результате откровенного торга и не имеет ничего общего с рекомендациями экспертов в области психического здоровья.

В заключении автор высказывает мысль, суть которой сводится к следующему: если эксперты желают оказывать реальное влияние на законодателей, им следует отказаться от роли “беспристрастных” представителей науки, и перестать изолировать себя от политического процесса, в котором все его участники “пристрастны” по определению. Эксперты, пытающиеся оказывать влияние на политический процесс, должны быть, по мнению автора, готовы к тому, что будут рассматриваться как одни из многих “пристрастных” и должны быть способны ясно отстаивать свои взгляды и политическую основу, не испытывая при этом чувства стыда или вины.

В этом же разделе помещена статья Dr. C. Lockey и Dr. J. Bloom, посвященная **эволюции формулы невменяемости в штате Орегон**, работа Dr. J. Simpson, в которой автор анализирует федеральные законы и законы штатов, регулирующие владение огнестрельным оружием лицами с психическими расстройствами. Завершается раздел статьёй Dr. K. Weiss, посвященной **200-летию со дня рождения основателя судебной психиатрии в США Dr. Isaac Ray и эволюции его взглядов на френологию**.

В разделе “Анализ и комментарии” представлены статьи, обсуждающие вопросы оценки способности лиц с оставанием в умственном развитии предстать перед судом, допустимости экспертных заключений в качестве доказательства в канадских судах, проблемы, связанные с лечением обвиняемых, утративших способность предстать перед судом, а также статья, в которой британский судебный психиатр и юрист Dr. S. Sarkar высказывает свою точку зрения о, по его мнению, “опасной тенденции” ссылок на зарубежный опыт при интерпретации Верховным Судом США Американской Конституции.

В разделе “Размышления” находим статью “Люди в водовороте событий” (автор — Dr. M. Noriko — адъюнкт-профессор психиатрии в медицинской школе Йельского университета и зам. главного редактора JAAPL). Dr. Noriko пишет о своих первых пациентах. Пишет незабываемо. Статья замечательна особой “деликатностью” стиля, полна чувств, мыслей, тонких наблюдений — поэзия в прозе.

Правовой дайджест журнала дает возможность познакомиться с существом наиболее важных решений американских судов за 2006 г. по вопросам, имеющим отношение к психиатрии.

В заключительном разделе “Книжное обозрение” Dr. E. Griffith (Главный редактор JAAPL) комментирует фундаментальную монографию по военно-медицинской этике (Military Medical Ethics. Edited by Thomas E. Beam and Linette R. Sparacino. Washington, DC: Office of the Surgeon General, 2003, 868 pp).

В. В. Мотов (Тамбов)

О некоторых аспектах религиозно-ориентированной психотерапии¹

Б. А. Воскресенский, Л. С. Виноградова

Религиозно-ориентированная психотерапия — это психотерапия, опирающаяся на духовное измерение человека. Для того чтобы разговор о ней оказался содержательным и корректным, следует обратиться к трихотомической концепции личности (Д. Е. Мелехов, 1997, Б. А. Воскресенский 1990)², т.е. представлению о человеке, как о носителе трех взаимосвязанных начал — телесного (естественного), душевного (разумного) и духовного (в данном контексте — Божественного). Следует сразу же подчеркнуть, что врач может пользоваться ею, ни на миг не забывая о том, что духовная область — это сфера деятельности служителей Церкви, тогда как классические методы клинической психотерапии исходят в первую очередь не из духовного начала личности, а из особенностей клинической картины, своеобразия характера (М. Е. Бурно, 2006). Исследование психотерапевтического значения религии — это не утешительное миссионерство, не стремление “сделать из нее нечто, пригодное для лечения или сохранения здоровья” (В. Франкл). Врач может лишь констатировать влияние веры на жизнь больного человека, но ни в коем случае авторитарно не направлять его на этом пути.

Применительно к душевнобольным с переживаниями религиозного плана диагностический процесс всегда должен предусматривать разграничение духовной сферы и душевной, причем без впадения в крайности. Недопустимо психологизировать патологические душевные проявления, не замечать или отрицать вторжение психической патологии в духовную сферу (когда это имеет место), расценивать это как некий особый вариант “нормы” духовной жизни. С другой стороны, в человеке, пускай даже тяжело психически больном, нельзя полностью отрицать духовность, причислять к проявлениям болезни все религиозные переживания и тем более сбрасывать их со счетов. Эти переживания необходимо не просто учи-

тывать, но и внимательно изучать, прежде всего для того, чтобы выяснить их психотерапевтическую ценность. Д. Е. Мелехов подчеркивал, что следует не просто формально упомянуть религиозные переживания, но исследовать их лечебно-реабилитационные аспекты.

Основные вопросы, возникающие при встрече врача с душевнобольными-верующими, следующие: как вера сказывается на болезни? Улучшает ли она качество жизни и социальное функционирование больного? Как воспринимается болезнь в контексте религиозных переживаний? Как религиозный человек, заболев и осознав болезнь³, переосмысливает значение страдания и смерти? Настоящая работа — попытка ответить на часть этих вопросов. Религиозные переживания исследовались у больных различными формами шизофрении (параноидной и шубообразной), с большой давностью процесса, в значительном числе случаев — с неблагоприятной динамикой. Все больные — женщины, православные христианки.

По соотношению “духовного” и “душевного” в религиозных переживаниях исследуемые больные были разделены на 3 группы (Б. А. Воскресенский, 2004 г.). В первой религиозные переживания полностью являются продуктом болезни. “Религиозность” при этом не оказывает благотворного влияния на болезнь, она, по существу, вовсе отсутствует. Вторая группа — больные, у которых религиозность имела место, проявляла себя еще до болезни, а затем включилась в структуру острых состояний, в бредовую систему. Но при этом все же частично сохраняется здоровая религиозная жизнь, которая вновь разворачивается в полной мере в периоды стихания острых состояний. Она обладает определенным психотерапевтическим потенциалом. У больных третьей группы вера и болезнь не соприкасаются, вера является выражением сохранной, здоровой стороны личности.

Итак, к первой группе относятся больные, у которых вера появилась одновременно с болезнью, а точнее — болезнь выступила (манifestировала или на каком-то этапе обострилась) под маской веры. Чаще

¹ Доклад на Двенадцатой научно-практической конференции “Консторумские чтения” 22 декабря 2006 г.).

² Работа Д. Е. Мелехова “Психиатрия и проблемы духовной жизни” была написана раньше наших (Б. А. Воскресенский) публикаций на эту тему (Д. Е. Мелехов скончался в 1979 г.). Мы познакомились с ней еще в “самиздатовской” форме. Впервые она была опубликована в 1991 г.

³ Относится только к пациентам, критичным к своему состоянию.

это больные параноидной формой шизофрении, с неуклонным прогрессирующим процессом. “Обращение” нередко происходило быстро, внезапно, в структуре обострения или очередного приступа (иногда — по механизму бредового “озарения”) и воспринималось больными как “откровение”, “начало духовного пути”. Его содержанием являлись “разговоры с Богом”, воздействие со стороны Бога или дьявольской силы, “открытие” своей особой миссии, избранности, пророческого дара, особые формы поста, идеи самоуничтожения. “Религиозность” таких больных очень напряженная, сопровождающаяся мощными аффективными реакциями — страхом, тоской, или же, напротив, — манией, экзальтацией с ощущениями “живого Бога в себе”, “схождения благодати” и т.п. В динамике заболевания эти темы знаменовали собой парафренизацию бреда. Параллельно все отчетливее выявлялись специфические изменения личности: вялость, монотонность, обеднение эмоциональной и волевой сферы, аутизация, расплывчатость и непродуктивность мышления.

Реже эти больные сообщали, что были религиозны с детства или юности, но подчеркивали, что “по-настоящему верующими” они стали с годами (то есть по мере нарастания расстройств). Самоочевидно, что болезнь во всех этих случаях не осознается, критика чаще всего полностью отсутствует. Начало болезни они оценивали как внутреннее перерождение, особое обновление и именно с этими обстоятельствами связывали свое стационарирование. Медицинских оснований для него они не видели.

Часть больных этой группы, на начальных этапах заболевания констатирующая некоторую собственную измененность (обычно речь шла о тягостных сенестопатически-ипохондрических или аффективных переживаниях), приходила к вере, в церковь как к способу исцеления. Затем, по мере утяжеления заболевания, религиозное мирозерцание преобразовывалось в патологический душевный процесс, лучше будет сказать — растворялось в нем. Так, больная Н. (параноидная шизофрения), “находясь в угнетенности и тоске”, в целях исцеления крестилась, стала посещать храм. Через некоторое время параноидный этап бреда сменился парафренным, который, возникнув по механизму “озарения” (“в загадочном, пророческом сне”), имел своим содержанием “особую миссию” больной — “родить Христа для Второго пришествия”. Читая библейские тексты, больная находила все больше подтверждений своего предназначения, а приходя в храм и слыша слова: “Пресвятая Дева Мария”, больная (тоже Мария), относила их на свой счет. Очевидно, что вся ее религиозность имеет болезненно искаженный характер и представляет из себя проявления душевной болезни.

Именно в этой группе больных особенно часто можно было наблюдать вычурное соединение несоместимого. Так пациентка М., к которой “вера” при-

шла вместе с болезнью, стала читать религиозную литературу и вместе с тем открыто заявлять, что ненавидит людей, сообщала, что стала “бесноватой”, зывала “духов”, со слов родственников, становилась все более злобной и завистливой. Другая постоянно говорила, что “беспрерывно устремляет свои светлые помыслы к Богу”, и в то же время, выписываясь из больницы, несколько раз подряд предпринимала суицидальные попытки. Религиозность как проявление духовности здесь никак не влияет на поведение больных, ее по существу нет. Будучи в действительности составляющей душевной патологии она может даже усугублять расстройства, нарушать поведение. В частности, опасны по последствиям бывают попытки душевнобольных этой группы свои духовные искания воплотить в особо строгих формах аскетической жизни. Так, больная К. постилась столь истово, что поступила в клинику будучи в тяжелой кахексии и провела целый месяц в реанимации. Объясняя свое поведение, она сообщила, что следовала практике Святых Отцов и постигала таким образом Бога. Действительно, в христианской литературе много говорится о необходимости подвижнического образа жизни для исцеления и просветления духа. Но духовно опытные наставники вместе с тем подчеркивают, что даже у психически здоровых людей “опасны пост и аскетизм, не регулируемые опытным лицом и лишённые молитвенного наполнения” (свящ. Александр Ельчанинов), поскольку “тело утонченное, трансформированное слезами, постом, болезнями, трудами, делается более способным к воздействию духовных сил. Но оно же делается болезненно чувствительным и к грубому вещественно-плотскому миру, и реакция его на мир есть нервность” (цит. по Смирновой Е. Т.). Греческий митрополит Иерофей (Влахос), автор недавно переведенной на русский язык книги “Православная психотерапия”, рассуждая об аскетических методах лечения, говорит, что “соответствующие лекарства следует давать в соответствующее время” и что “лекарство для одного человека может оказаться ядом для другого”. Это относится и к больным других групп, и к здоровым людям.

Уместно вспомнить, что особое “опустошение”, ощущение немоги в сочетании с “пренебрежением к себе”, то есть “великий дар самоуничтожения” (“Блаженны нищие духом, ибо их есть Царство Небесное”, Мф. 5:3), Святые Отцы рассматривают как норму духовной жизни. Его нужно отличать от внешне сходного состояния, являющегося результатом душевной патологии — религиозно окрашенного бреда самоуничтожения. И если у здоровых людей на пути духовного возрастания “самоуничтожение вместе со свойственным душе плачем выдавливает страсти и наполняет душу блаженной радостью” (Митр. Иерофей (Влахос)), то у душевнобольных оно приводит к депрессивным состояниям, личностноразрушительным, зачастую суицидоопасным.

При коллизиях такого рода в компетенцию врача входит отличать: аскетические и духовно-наполненные бдение, богомыслие, молитву, воздержание и безмолвие, приносящие подвижающейся душе “облегчение сна, здравие тела” (“Лествица”) — с одной стороны, и обусловленные болезнью нарушения сна, кататонический ступор с мутизмом и отказом от пищи, императивные галлюцинации, бредовые расстройства — с другой.

Вторую группу составили больные, которые были верующими до болезни, но переживания религиозного плана вплелись в структуру острых состояний. Многие пациенты по выходе из приступа обнаруживают частичную критику к своим психопатологическим переживаниям с религиозным содержанием, у них восстанавливается в целом нормальная, но все же в той или иной степени деформированная болезнью религиозная жизнь. Так, больная Р. (шубообразная шизофрения), у которой острое состояние определялось синдромом Кандинского-Клерамбо (“голос Бога” в голове, ощущение, что он идет рядом и руководит ею), по стихании приступа, рассказывала, что тогда она расценивала это состояние как некий мистический опыт, “встречу”, а сейчас уже сомневается в этом и в большей мере связывает это с болезнью.

Важно отметить, что стремление таких пациентов осмыслить болезнь разворачивалось в контексте их религиозности. Так, больная С. (шубообразная шизофрения, грубые расстройства волевой сферы) объясняла, что болезнь для нее — это “крест, необходимый для спасения души”. При этом болезнь осознается вполне адекватно и не вызывает протеста, а “терпеливо принимается” и даже признается целесообразной. Оценивая болезнь с позиций своей веры, больная говорила, что болезнь — это только один из вариантов страдания (преподанный ей в форме болезни, для другого — по иному), а само страдание необходимо: “если у людей все будет хорошо, то они забудут о Боге”⁴. Такой христианский подход к болезни для врача означает изменение отношения к ней, что имеет большое психотерапевтическое значение. Это дает не только субъективное улучшение состояния (даже при объективном его утяжелении), но и упорядочивает поведение больных, повышает их собственную ответственность за процесс лечения. Больные, ранее госпитализировавшиеся недобровольно, теперь при обострении активно обращаются в диспансер, стационар, просят о помощи. Главное, чтобы такое отношение к болезни не сочеталось с отрицанием необходимости лечения. Религиозный и медицинский

⁴ Речь ни в коем случае не идет о нравоучительном или мазохистическом желании и искании болезни или о благодушном ее принятии, но о перемене установки: болезнь воспринимается как задача, вставшая перед больным, требующая осмысления, точнее говоря, переосмысления всей жизни. (Воскресенский Б. А., 2005).

подходы здесь совпадают не всегда. Известно, что некоторые из праведников-аскетов настойчиво отказывались от лечения и даже желали, чтобы болезнь продолжалась. Так Максим Многоболезненный просил Бога в молитвах не давать ему здоровья, чтобы “здоровое тело не отвлекалось на желание утех” (цит. по Невьяровичу В.). Подобный индивидуальный опыт духовного становления может вызвать уважение, но в отношении больных такой подход к лечению неприемлем, напротив, им стоит всячески подчеркивать необходимость лечения, тем более, что в Библии есть на это ссылки (Сир. 38, 1 – 15).

У больных первой группы, а также в периоды обострений и у пациентов второй группы не следует поощрять тенденции к проявлению их религиозности, активной церковной жизни, поскольку это может усугублять симптоматику заболевания. Так, у больной С., находящейся на этапе становления ремиссии, вновь появились “голоса” в голове, которые она расценила как “искушение со стороны дьявола” и связала с библейским текстом об искушении Иисуса в пустыне (Мф. 4: 1 – 10), обсуждавшимся на огласительной встрече. Прочитав книгу З. Косидовского “Библейские сказания”, больная Т. поняла, что влюблена в Саваофа, причем Он стал “приходить во снах” и сообщил, что она — “единственный пророк нашего времени”. У многих больных из этих групп отмечалось появление или усиление симптоматики именно в церкви⁵. Из этого вовсе не следует, что религия как состояние духовной жизни личности приводит к душевному заболеванию. Но она может оформлять содержательную сторону эндогенной психопатологической продукции, и тогда внешние проявления религиозности могут лишь усугублять расстройства, способствовать закреплению симптоматики. Это совершенно не означает, что такие больные бездуховны, и вышеприведенные соображения — это призыв махнуть на них рукой. Напротив, каждому психиатру следует “радоваться, когда сквозь туман гротесковой нелепицы проглядывает человеческое существо” (К. Г. Юнг), и искать какие-то другие, помимо религии, средства реабилитации для этих больных.

Третья группа включает больных, религиозные переживания которых не соприкасаются с болезненными. К вере такие больные приходят как до (что встречается значительно чаще), так и после манифестации заболевания, причем в последнем случае часто обращаются к ней в поисках помощи, как к средству реабилитации. Обретение и закрепление веры происходит постепенно, на протяжении достаточно длительного времени. Внешне религиозный образ жизни выражается в посещении храма, участии в богослуже-

⁵ При этом церковь не является специфическим стрессогенным фактором: любое эмоционально окрашенное место может спровоцировать возникновение или усиление симптоматики.

ниях, молитвах, исповеди, причащении, разумном посте.

Некоторые пациенты уверенно отмечали улучшение качества жизни: так больной Т., давно уже очень одинокой, не имеющей друзей и родственников и глупо аутизированной, церковная жизнь открыла радость общения с “духовными сестрами”, которые стали навещать и поддерживать ее в болезни. Другая больная, сама признававшая, что с детства была высокомерной и заносчивой, отмечала, что теперь ей “легче общаться с людьми”. Объективно у некоторых больных можно было отметить смягчение характерологических нарушений: так, больная с выраженными психопатоподобными изменениями личности после каждой грубости или вспышки раздражения в беседе спешно извинялась и искренне сожалела о своей несдержанности.

То, что человек обращается к вере в болезни, в нужде — совершенно естественно: “поскольку религиозный опыт связан со смыслом жизни и предназначением человека, именно кризисные, переходные периоды ... бывают поводом обращения к религии” (Е. Т. Смирнова). Но прийти к ней он должен сам. Врач и кто бы-то ни было другой не может “советовать”, а тем более “прописывать” веру как лекарство, поскольку духовная область человека, прежде всего, предполагает свободный выбор. При навязывании, регламентации всякая духовность тут же исчезает. А самому больному не следует “внутреннюю установку на исцеление ... путать с целью и смыслом” веры (свящ. Георгий Кочетков).

В размышлениях больных-верующих раздумья над смыслом болезни тесно связываются с поисками смысла жизни. Больные могут не находить смысла, но они его ищут, и это отличает их от исследованных аналогичных по тяжести заболевания больных-неверующих, которые чаще на вопрос о смысле болезни и жизни ограничивались ответом “не знаю” или “не задумывалась”. Как писал Н. А. Бердяев, “такого рода искание истины есть в известном смысле и нахождение истины, такого рода обращение к смыслу жизни есть проникновение смыслом”. И в этом тоже можно усмотреть психотерапевтическую ценность религии.

В этой группе наиболее часто есть осознание нездоровья и “стремление осмыслить значение болезни в общей сумме религиозного опыта личности” (Д. Е. Мелехов). Переосмысляются с христианских позиций конечность жизни, смерть. У некоторых таких религиозных больных не обнаружилось страха перед страданием и перед смертью, так часто встреча-

ющегося у душевно-здоровых лиц, таким образом, можно думать, что духовные и душевно-телесные изменения могут быть разнонаправлены.

Больных третьей группы, а также и критичных больных второй группы в период ремиссии не следует ограничивать в их религиозном бытии. Эти больные “держатся верой”, некоторые из них говорят, что “только верой и живут”. В отношении работоспособности и социального функционирования надо отметить, что все исследованные больные не работали, главным образом из-за частых госпитализаций или нарушения социальной адаптации. Церковная жизнь некоторым из них дала возможность работать послушницами в храме или петь в церковном хоре.

Но даже когда религия явно и не оказывает влияния на качество жизни, не повышает работоспособности и не улучшает социального функционирования, она имеет у таких больных психотерапевтическое значение, поскольку, как сказал В. Франкл, “дает человеку убежище и опору, которых он не нашел бы больше нигде; убежище и опору в трансцендентном и абсолютном”.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бердяев Н. А. Самопознание. — М.: Международные отношения, 1990.
2. Бурно М. Е. Терапия творческим самовыражением. — 3-е изд., испр. и доп. — М.: Академический проект, 2006. 432 с.
3. Воскресенский Б. А. Трехотомическая концепция личности как основа психиатрии и психотерапии // Первая регион. н-практ. конференция “Актуальные вопросы психотерапии и народной медицины” Одесса 1990, с. 63.
4. Воскресенский Б. А. Некоторые аспекты клинического подхода к душевнобольным-верующим // Московский психотерапевтический журнал, 2004 г. № 4.
5. Воскресенский Б. А. Духовное как социотерапевтический фактор // Вера-диалог-общение. Материалы Международной научно-богословской конференции, Свято-Филаретовский православно-христианский институт, М.: 2005, с. 416 – 420.
6. Свящ. Георгий Кочетков Таинственное введение в православную катехетику. Свято-Филаретовская московская высшая православно-христианская школа. М.: 1998, 342 с.
7. Мелехов Д. Е. Психиатрия и проблемы духовной жизни // “Психиатрия и актуальные проблемы духовной жизни”. Свято-Филаретовская московская высшая православно-христианская школа. 1997 с. 5 – 61.
8. Библия.
9. Митрополит Иерофей (Влахос). Православная психотерапия.
10. Смирнова Е. Т. Введение в религиозную психологию. 2003 г.
11. Франкл В. Основы логотерапии. Психотерапия и религия — СПб. Речь, 2000 г.
12. Невярович В. Терапия души (Святоотеческая психотерапия) — Воронеж: изд. НПО “МОДЭК”, 1997 г.
13. Юнг К. Г. Воспоминания, сновидения, размышления — Мн.: ООО “Харвест”, 2003 г.

Психотерапевтический процесс в условиях мест лишения свободы России

Мадорский В. В.¹ (Санкт-Петербург)

Душевная болезнь всегда в той или иной степени снижает адаптационные возможности человека, часто нарушает его поведение, приводит к социальной дезадаптации. В реальных условиях нашей страны, особенно в период экономического кризиса, эти люди нередко попадают не к психиатру или психологу, а в места лишения свободы (13).

Важность психотерапевтической помощи для социально дезадаптированных лиц, оказавшихся в местах лишения свободы, признается всеми, однако теория и практика этого вопроса разработана явно недостаточно (1, 5, 8, 13). Отто Кернберг в своем классическом труде “Тяжелые личностные расстройства” предлагает проводить таким больным длительные — по 4 – 5 лет курсы психоаналитически ориентированной терапии, при этом отмечая практически полную ее неэффективность в отношении лиц с антисоциальными установками, интеллектуально-мнестическим снижением, а также при наличии вторичной выгоды от пребывания в стационаре (8). К сожалению, в современных условиях в российских тюрьмах содержатся отнюдь не интеллектуалы, а все больше психопаты и олигофрены, и, хорошо ли, плохо ли, а условия содержания в психиатрическом отделении больницы разительно отличаются от тюремного режима, что делает возникновение вторичной выгоды практически неизбежным. В отечественной практике преимущественно используются коллективная гипнотерапия и обучение аутотренингу — методы, улучшающие качество психологических защит, но принципиально ничего не меняющие. Применение же групповой психотерапии оказывается крайне затруднительным в условиях жесткой иерархии в среде заключенных (1, 5).

Психотерапевтической службы для заключенных в местах лишения свободы в России реально не существует. С конца 90-х годов в штаты подразделений введены должности психологов, однако они в основном заняты тестированием. Кроме того, большинство психологов — женщины, а они, по существующим правилам, не могут оставаться наедине с заключенными-мужчинами, без чего реальная психотерапевтическая работа вряд ли возможна. Поэтому основная нагрузка в этом плане ложится на плечи врачей-психиатров.

Для оказания психиатрической помощи в местах лишения свободы существует амбулаторное и стационарное звено. Первое представлено психиатром ко-

лонии или следственного изолятора, второе — психиатрическими больницами и психиатрическими отделениями многопрофильных больниц. Следует также отметить, что на психиатров в системе исполнения наказаний зачастую также ложится и оказание помощи неврологическим и нейрохирургическим больным, психотерапия, решение экспертных вопросов о наличии симуляции и степени потери трудоспособности. Начальниками медицинских частей колоний психиатры постоянно используются для проведения терапевтического приема. Кроме того, все чаще можно встретить с практикой привлечения врачей к исполнению несвойственных им функций по осуществлению надзора за заключенными. Заработная же плата психиатров, работающих в местах лишения свободы, составляет около 200 долларов в месяц, причем совместительство им законодательно запрещено. Все это приводит к тому, что в ряде подразделений должность психиатра является постоянно вакантной. В итоге психиатрическая работа в подразделениях даже на бумаге выглядит удручающе — в медицинских картах анамнез больного описывается 4 – 5 предложениями, нет и описания его поведения в отряде. Кроме того, попасть заключенному в медчасть чаще 1 раза в день (а то и в неделю) бывает почти невозможно, а выдача лекарств им на руки запрещена.

В особенно тяжелых условиях находятся следственные и подсудимые, т.е. люди, вина которых не доказана (13). Известно, что до суда они могут провести в тюрьме, в крайне тяжелых условиях, несколько лет. При этом судебно-психиатрическая экспертиза лиц, психическое состояние которых вызывает вопросы, нередко проводится лишь через несколько месяцев, а потом, в случае признания их невменяемыми, они, опять же находясь в тюрьме, до полугода ожидают направления на принудительное лечение. Если осужденных больных с декомпенсацией психических заболеваний можно госпитализировать в психиатрическое отделение больницы в плановом порядке, то следственных, подсудимых и признанных невменяемыми разрешается госпитализировать лишь в тяжелом состоянии, при наличии показаний для оказания “скорой помощи”, таких как инсульт, менингит, острый психоз.

Существуют также и особенности работы, связанные с контингентом, которому мы оказываем помощь. Не менее, чем у 2/3 лиц, содержащихся в местах лишения свободы, уже по внешнему виду можно судить о наличии патологически измененной почвы в понимании Жислина (7). Это связано с обычной на-

¹ Реабилитационный центр “Надежда”.

следственной отягощенностью, алкоголизацией их матерей в период беременности, воспитанием большинства в неблагополучных семьях. Мало кто из них смог хорошо овладеть какой-либо специальностью, на более-менее значимую помощь родственников может рассчитывать едва ли четверть, а не менее трети этих людей не с кем даже переписываться. Естественно, весьма высок процент лиц, страдающих хроническим алкоголизмом, наркоманиями, последствиями черепно-мозговых травм, психопатиями, олигофренией (13). Классические картины шизофрении встречаются нечасто, т.к. отсеиваются на судебно-психиатрической экспертизе, но нередки атипичные, психопатоподобные формы этого заболевания, сложные для диагностики, проявления которых на первый взгляд неотличимы от психологических проблем, возникающих при попадании человека в места лишения свободы (13).

В жестких, а порой и жестоких условиях содержания заключенных психически больные всегда находятся в худших условиях, чем те, чье психическое состояние является компенсированным. Психически больной человек может длительно находиться в местах лишения свободы, не получая никакой медицинской помощи, а при стертых формах психических расстройств — не получить ее никогда. Неправильности в поведении у психически больных часто трактуются как нарушения режима содержания, в результате эти лица многократно помещаются в штрафной изолятор, помещение камерного типа, а в случаях более серьезных правонарушений могут быть судимы повторно и понести самые различные, более тяжелые наказания — вплоть до смертной казни.

Отсутствие лечения и условия содержания в местах лишения свободы всегда усугубляют психическую болезнь. В период заключения у больных могут возникать психозы, которые при иных обстоятельствах могли бы и не развиваться. В части случаев эти психозы принимают затяжное или хроническое течение. Даже в тех случаях, когда психозы не возникают, психическая болезнь продолжает усугубляться за счет нарастающих личностных изменений, которые усиливают социальную дезадаптацию этих лиц и создают предпосылки для совершения или повторения общественно опасных действий, вновь приводящих их в тюрьму (13).

Кроме этого, на положение лиц с психическими аномалиями влияет существующая в местах лишения свободы система “воровских законов”, основанная на кастовом принципе. Не вдаваясь в подробности, можно сказать, что среди заключенных довольно жестко выделяются 4 категории:

1. “Блатные” — вершина кастовой пирамиды.
2. “Мужики” — основная масса заключенных.
3. “Козлы” — заключенные, активно сотрудничающие с администрацией, работающие в отрядах хозяйственного обеспечения колоний.

4. “Обиженные” — лица, находящиеся на положении пассивных гомосексуалистов, вынужденные выполнять самую грязную работу и нередко становящиеся объектом для издевательств.

При этом попасть в “обиженные” человек может по самым разным причинам, в том числе, если он когда-либо случайно обедал в обществе пассивного гомосексуалиста или практиковал со своей женой некоторые виды секса, недостойные, с точки зрения “воровских законов”, настоящего мужчины. Часто в “обиженные” попадают проигравшиеся в азартные игры и неспособные отдать долг. Бывает, что “обиженным” человека делают просто “по беспределу”, на почве личных неприязненных отношений, но дороги назад уже нет. Среди этой категории заключенных особенно много психически больных лиц, и нередко затяжное, даже психотическое расстройство становится для них убежищем, из которого их вывести оказывается крайне сложно. Следует отметить, что не всегда ритуал перевода в “обиженные” предусматривает совершение полового акта или физическое насилие, формально ни в чем не нарушая уголовный кодекс, что затрудняет борьбу с этим со стороны администрации колонии (1, 5, 13).

Большая разница в режиме содержания в больнице и колонии тоже становится источником “вторичной выгоды” от наличия тяжелого заболевания, в том числе психического, требующего стационарного лечения. Если для лиц, находящихся на лечении в психиатрических стационарах системы здравоохранения, характерно стремление скорее покинуть больничные стены, то в тюремной больнице обычно бывает наоборот, и извещение больного о том, что он выздоровел и направляется в колонию для дальнейшего отбывания наказания часто становится причиной декомпенсации его психического расстройства.

Другим следствием этой разницы является пышный расцвет симуляции, аггравации и членовредительства, каждый случай которых, при удачном своем завершении, становится источником “психической заразы”, распространяющейся по колонии подобно эпидемии в своих самых уродливых, даже калечащих людей формах (1, 5). Поэтому на врача, работающего в местах лишения свободы, оказываются наложены одновременно две довольно противоречивые обязанности: с одной стороны, оказать помощь страдающему человеку, с другой — при выявлении факта симуляции, аггравации и членовредительства информировать об этом соответствующие службы для назначения мер дисциплинарного воздействия. При этом и сам больной знает, что результатом его обращения к врачу может явиться признание его симулянт-ом со всеми вытекающими из этого последствиями. Однако в условиях пенитенциарной системы больной видит перед собой человека, под белым халатом у которого — форменная одежда (таковы нередко требования руководства), что укрепляет уверенность боль-

ного в том, что перед ним — представитель администрации, “мент”, главная цель которого — исполнение наказания. К этому же приводит укоренившаяся в ряде подразделений практика привлечения врачей к исполнению несвойственных им обязанностей по осуществлению надзора за заключенными. Кроме того, больные часто опасаются, что при излишне подробном изложении анамнеза недобросовестному врачу они могут получить дополнительный срок или попасть в “обиженные”. Не менее половины больных, как уже указывалось, в той или иной степени аггравируют свое состояние, часты и попытки симуляции (1, 5, 13). Крайне негативно на лечебный процесс влияет укоренившаяся практика использования врачей, в том числе психиатров, для выполнения не свойственных им обязанностей, таких, как конвоирование и проведение переключек, обысков (например, в составе так называемых “групп оперативного реагирования”). Мало того, больному заключенному очень трудно доверительно относиться к человеку, который только что с усердием выполнял работу “мента”. Зачастую число суточных дежурств в составе “групп оперативного реагирования” доходило до 6 в месяц, а лечебной работой предлагалось заниматься в оставшееся время.

Известно, что основным методом диагностики в психиатрии является клинический метод, базирующийся на структурно-динамическом исследовании данных, которые мы получаем в результате сбора жалоб, субъективного и объективного анамнеза, оценки психического статуса при беседе с врачом и наблюдения за поведением больного в отделении. Из вышеизложенного очевидно, что в большинстве случаев рассчитывать получить от наших больных правдивое изложение жалоб и субъективного анамнеза невозможно. С анамнезом объективным дело обстоит еще хуже. По существующим правилам, встречи с родственниками больных рядовым врачам-психиатрам, непосредственно занимающимся работой с пациентами, запрещены. Качество ведения медицинских карт из-за большой загруженности врачей подразделений оставляет, мягко говоря, желать лучшего: обычно не удается даже получить подробное и правдивое описание поведения больных в колонии. Определенную помощь оказывают нам рассказы заключенных, отбывающих срок совместно с нашими больными, но их совершенно достоверными по понятным причинам считать нельзя. В последнее время в личных делах заключенных все чаще по непонятным причинам отсутствуют данные проводившихся судебно-психиатрических экспертиз, оказывавших нам значительную помощь.

Поэтому мы вынуждены основной упор в диагностике делать на том, что мы видим — оценке психического статуса и наблюдении за поведением больных в отделении. Впрочем, и данные последнего приходится

ставить под сомнение, так как в основном оно осуществляется санитарями из числа самих заключенных.

Несмотря на все эти проблемы, закон требует от нас скорых и однозначных выводов о состоянии больных. “Положение о психиатрическом стационаре в системе исполнения наказаний” настаивает на том, что клинический диагноз должен быть установлен не позднее 10 суток с момента поступления больного. В этом плане особенно сложным и ответственным делом является решение вопроса, соответствует ли состояние больного жестким требованиям приказов, регламентирующих освобождение из мест лишения свободы в связи с психическим или неврологическим заболеванием.

При шизофрении нередко после психопатоподобного инициального периода наблюдается развитие психоза в местах лишения свободы. При наиболее частом, шубообразном типе течения заболевания, психозы чередуются с ремиссиями со все углубляющимся дефектом, нарушающим адаптацию человека к непростым условиям пребывания в тюрьме или колонии. Дефект приводит к десоциализации больного, обрекая его в среде заключенных на роль отверженного, усиливая душевные страдания пациента.

Однако перевод таких больных на лечение в психиатрические стационары системы Минздрава наталкивается на совместный приказ Минздрава и Минюста РФ № 311/242 от 9.08.2001г. “Об освобождении от отбывания наказания осужденных к лишению свободы в связи с тяжелой болезнью”, в п. 4 которого определяется, что освобождению подлежат больные, у которых диагностированы “хронические психические расстройства (психозы и слабоумие), лишаящие лицо способности осознавать фактический характер своих действий (бездействия) или руководить ими”. При этом не устанавливается важнейший критерий — период, в течение которого больной должен быть в психозе. Непонятно, достаточно ли для этого двух кратковременных психозов с многолетней чистой ремиссией в рамках рекуррентной шизофрении, или необходима непрерывнотекущая шизофрения в особо тяжелом ее варианте, при котором больной не выходит из психоза никогда. Кроме того, под приказ явно не попадают хронический галлюцинаторный вариант синдрома Клерамбо-Кандинского или хронический парафренный синдром, при которых десятилетиями возможны внешне упорядоченное поведение и формальная критичность на фоне продолжающегося психоза. Вместе с тем, любому психиатру ясно, как на этих больных может отразиться многолетнее пребывание в местах лишения свободы. Думается, что необходимо вернуться к нозологически очерченным формулировкам приказа № 213 МВД СССР, позволявшим более конкретно определить, в каких именно случаях больной может быть освобожден из мест лишения свободы (подобно всем другим статьям приказа № 311/242).

Ввиду этого чрезвычайно важно перед началом работы с тем или иным больным определить цель работы и критерии ее достижения, а также выраженность психологических и психиатрических нарушений. Человеку, который стремится куда-то, может быть необходимо разобрать препятствия на своем пути, научиться ходить или понять, куда же на самом деле ему надо. Аналогично для одного больного может оказаться наиболее важной работа с эдипальными нарушениями — например, с негативным переносом с конфликтного образа жестокого отца на любого представителя администрации, для другого — поведенческий тренинг общения, позволяющий лучше адаптироваться в среде заключенных, а для третьего — помочь найти смысл существования в этом мире. Задачи работы и критерии их достижения должны быть обязательно согласованы с больным, и на него необходимо возложить часть ответственности за работу (2, 3, 9, 14).

Так как каждый врач всегда — сознательно или подсознательно — воспринимается заключенным в первую очередь как представитель администрации, основная цель которого — исполнение наказания, первым этапом работы обязательно должно быть установление терапевтического альянса с больным (6, 14, 15). На это нередко уходит несколько часов, но без этого любая работа обречена на неудачу и в лучшем случае превращается в блестяще описанные Берном игры (3). Для этого нами обычно применяются методы подстройки из НЛП (6, 15), либо под предлогом обучения аутотренингу применяется фракционный гипноз по Фогту (9), позволяющий быстро достичь глубокого транса, благодаря чему формируется позитивный перенос на терапевта.

В случае, когда мы имеем дело с пограничной личностью с разнообразными диссоциированными состояниями, полезным оказывается на ранних этапах работы произвести визуальное, аудиальное или кинестетическое смешивание (10, 15), нередко — в трансе, что часто более эффективно. Далее работа строится в зависимости от поставленных целей.

В условиях крайнего дефицита времени часто приходится решать какие-то конкретные задачи — работать с фобиями, разрывать паттерны типа “вижу — чувствую”. В этих условиях, для быстрого, хотя и зачастую поверхностного улучшения, эффективными оказываются техники нейро-лингвистического программирования, такие как визуально-кинестетическая диссоциация, паттерн “взмахов”, “линия времени”, работа с субмодальностями (10). Пример данной работы приводится ниже.

1. Больной Р., поступил на лечение в психиатрическое отделение межобластной больницы ГУИН Минюста РФ по Ростовской области 25.11.2000 г. с диагнозом психопатии мозаичного типа в фазе декомпенсации. Из анамнеза было известно, что воспитание его осуществлялось по типу доминирующей гиперпротекции отчимом, который нередко жестоко избивал его. Пациент реагировал на это побегами из

дома. В школе учился плохо, общался среди делинквентных подростков. Неоднократно судим за кражи и грабежи. В колонии принадлежал к “блатным”, часто нарушал режим содержания, в связи с чем в отношении него применялись меры дисциплинарного воздействия. Результатом последних явилось развитие у больного фобии в виде выраженного чувства страха, тоски при виде сотрудника колонии, одетого в форменную одежду. В качестве методики работы был избран паттерн “взмахов” из арсенала НЛП. При этом пациенту предлагают представить образ, который вызывает у него чувство тревоги, а затем, по команде “взмах!”, сопровождаемой хлопком в ладоши, заместить его образом себя — спокойного и уверенного в себе. Было проведено 2 сеанса по 15 “взмахов”, с последующим закреплением достигнутых результатов подстройкой к будущему в виде представления в гипнотическом трансе своей реакции на сотрудников колонии. Фобия была стойко ликвидирована, был достаточно эмоционально компенсирован, поведение носило упорядоченный характер (катамнез прослежен в течение года).

Нередки ситуации, когда для более успешной адаптации требуется изменить определенные стереотипы поведения либо подсознательного реагирования. В таких случаях хороший эффект нередко достигается применением техники шестишагового рефрейминга (2, 15), причем в особенно сложных, психологически невыносимых ситуациях полезным является погружение больного в гипнотический транс с выведением сигналов “да” и “нет” подсознательными идеомоторными движениями (6, 14). В качестве примера подобной работы мне вспоминается следующий случай.

2. Больной Р. поступил в стационар 25.01.2002 после того, как в состоянии тяжелого депрессивного раптусы перерезал лезвием себе горло, повредив трахею и яремную вену. Из анамнеза установлено, что наследственность не отягощена, в детстве рос и развивался нормально, в школе учился хорошо, имел много друзей, активно занимался боксом. Стал общаться в компании асоциальных подростков, активно принял идеалы преступного “братства”, приобрел в криминальных кругах определенный авторитет. Попал в места лишения свободы за рэкет, в колонии стал лидером среди отрицательно настроенных осужденных. Администрацией колонии в отношении него был предпринят ряд оперативных мероприятий, в результате чего он был вынужден объявить, что больше не хочет быть “вором”, а становится “мужиком”. Однако своим для ранее притесняемых им “мужиков” он так и не стал, в то же время постоянно подвергаясь насмешкам со стороны “воров”. Все это наложило на отсутствие писем из дома, результатом чего и явилась суицидальная попытка.

В отделении был тосклив, тревожен, постоянно говорил о том, что не знает, как жить дальше. Высказывал мысли о том, что с ним и его семьей собираются расправиться за измену идеалам “воровского братства”, предполагал, что отсутствие писем из дома свидетельствует о том, что его родственники уже убиты. Обменов восприятия не выявлялось. Периодически возникали приступы психомоторного возбуждения, во время которых кулаками разбил прикроватную тумбочку, пробил дверь в палату. В определенной степени эмоционально компенсировался на фоне внутримышечного введения 4 мл седуксена и 2 мл галоперидола 2 раза в день, однако все попытки снизить дозу приводили к

возобновлению тревоги по поводу того, “как жить дальше”, при этом больной становился агрессивен, опасен для окружающих. Было принято решение дополнить лечение психотерапией. Вначале для наведения транса и преодоления подсознательного сопротивления больного была использована техника левитации руки по Милтону Эриксону (6, 14), после достижения выраженной катаlepsии рук были выведены подсознательные идеомоторные сигналы “да-нет” и выполнен рефрейминг в трансе. Напомню, что основная идея этого метода состоит в том, чтобы помочь подсознанию самостоятельно, без участия сознания, найти новые способы решения проблемы, выбрать среди них те, которые явно лучше всего того, что делалось ранее, и заменить старые способы подсознательных реакций новыми (2). Результат превзошел все ожидания. Практически сразу после окончания процедуры больной стал спокоен, поведение приобрело упорядоченный характер. Через день больной был повторно погружен в транс, во время которого ему было предложено представить, как он будет вести себя в колонии в дальнейшем, и испытать радость от того, насколько легко ему будет общаться с другими заключенными и представителями администрации. На этом психотерапевтическая работа была закончена, в течение 2 недель дозы психотропных препаратов были снижены, а затем и вовсе отменены, больной был направлен в колонию для продолжения отбывания наказания. По данным динамического наблюдения в течение 6 месяцев после выписки, состояние больного оставалось компенсированным, он был адекватен в общении, удерживался в среде “мужиков”.

В ситуациях, когда главной задачей является научиться избегать конфликтов, блестяще зарекомендовали себя парадоксальные методики поведенческой терапии, например, “психологическое айкидо” (11). К сожалению, более глубокое изучение трансактивного анализа, как правило, оказывается бесперспективным из-за низкого интеллектуального уровня большинства российских заключенных и невозможности проведения групповой терапии. В ряде случаев очень хорошие результаты достигались при применении псевдоориентации во времени по Милтону Эриксону (6, 14), но при этом оказывается необходимой длительная подготовительная работа по обучению больного работе в глубоком трансе с обязательным вызыванием гипнотической амнезии. Кроме того, во время работы в трансе данным методом очевидными становятся явления “вторичной выгоды” — сопротивление может стать неожиданно сильным.

Для работы с психосоматической патологией в нашей практике наиболее эффективным оказывалось сочетание шестишагового рефрейминга с традиционной гипнотерапией по Бехтереву (9) (обязательно с обучением пациента самогипнозу и, соответственно, возложения на него значительной части ответственности за результаты терапии — иначе очень сложно бороться с вторичной выгодой. Выполнение рефрейминга должно предшествовать гипнотерапии, так как возможно неожиданное обострение симптоматики из-за слома психических защит). Учитывая непригодность классических психоаналитических техник для работы с больными с выраженной социальной дез-

адаптацией при наличии вторичной выгоды от терапии(8) и в условиях дефицита времени (редко когда удастся госпитализировать больного, с которым можно заниматься психотерапией, более чем на 2 месяца), для глубокой проработки личности нами применялись техники символ-драмы(12), преимущественно основной ступени. В качестве примера приведу следующий случай.

3. Больной Б. был доставлен в отделение из колонии для несовершеннолетних преступников 13.07.2000г. в связи с тем, что был глубоко дезадаптирован, кидался драться со всеми по любому поводу, из-за чего в итоге попал в ряды “обиженных”. Из анамнеза: наследственность отягощена алкоголизмом родителей, рос в многодетной семье шестым ребенком в условиях голода. В возрасте 2 лет перенес тяжелое кожное заболевание — пузычатку, осложнившуюся сепсисом, из-за чего чуть не умер и полгода был разлучен с родителями. С детства состоял на учете у психиатра по поводу олигофрении в степени дебильности с психопатоподобным типом дефекта, находился на домашнем обучении после того, как искушал учительницу, пытавшуюся вывести его из класса за драку на уроке. Неоднократно лежал в психиатрических стационарах, где обращал на себя внимание врачей тем, что любил “почудить”, чтобы обратить на себя внимание, после курсов нейрорептической терапии временно успокаивался, но затем прежнее поведение возобновлялось. Попал в места лишения свободы за совершение ряда грабежей. Проведенной амбулаторной СПЭК был признан вменяемым.

В отделении был негативен, тревожен, подозрителен, постоянно кидался в драку с соседями по палате по минимальным поводам, будучи выведен для разбора причин очередной драки в отдел безопасности, изумил его сотрудников тем, что сам себе у них на глазах кулаками разбил в кровь лицо. Наличие обманов восприятия сначала отрицал, но при углублении беседы рассказал, что часто слышит “голос” своей бабушки по матери, утешающей его, дающей ему советы. К наличию “голоса” относился с формальной критикой, несколько растерянно, так как не мог понять, с чем это связано. Ввиду отсутствия на тот момент в отделении каких-либо нейрорептиков, кроме аминазина, было решено попытаться провести больному курс лечения символ-драмой.

На 1 сеансе больному был предложен мотив “Цветок”. Была представлена ромашка на зеленом лугу, рядом с ней — незрелый подсолнух. Пациент с удобством отдыхал на лугу рядом с подсолнухом, однако испытал приступ страха, когда по лугу мелькнула и исчезла в лесу тень какой-то женщины с длинными черными волосами.

На 2 сеансе больному был предложен мотив “Луг”, однако вместо луга пациент представил себя в тумане, где появилась покойная бабушка по матери, которая стала звать его в царство мертвых, обещая свободу. Пациент в сомнамбулическом трансе в ужасе дрожал на кушетке, и психотерапевту пришлось вести диалог самому. Бабушка категорически отказывалась от принятых в символ-драме подарков в виде воображаемых тортов и т.д., заявив, что ей нужен исключительно внук, тем самым окончательно погрузив последнего в панику. На вопрос, свободен ли больной, бабушка ответила, что он — узник, как и все, живущие на земле. Они — роботы, управляющиеся высшей силой, но что это за сила, бабушка не знала. Тогда, по совету психотерапевта,

больной спросил бабушку, хотела бы она получить это знание. Она сказала, что очень бы хотела. Тогда пациенту было предложено вообразить книгу, в которой это знание имеется, и отдать бабушке. Он представил красную книгу с золотым крестом на обложке и передал ее бабушке. Та обрадовалась, поблагодарила и ушла. Больному также стало легче, он сказал, что давно хотел увидеть бабушку, и сейчас почувствовал, что сделал что-то очень важное для себя. Интересно, что после этого образа у больного полностью исчезли слуховые галлюцинации.

На очередном сеансе пациенту было снова предложено представить луг. Визуализировалось широкое поле, засеянное горохом и иссушенное засухой. Больной начал есть горох, но он быстро надоел. В образе удручали широта поля, отсутствие людей, невозможность найти место, где было бы хорошо.

Учитывая выраженную неуверенность больного в своих силах, прикрывавшуюся агрессией, было принято решение провести курс гипнотерапии. Пациент оказался высокогипнабелен: уже со 2 сеанса достигалось погружение в сомнамбулический транс с внушением спокойствия, здоровья, уверенности в себе. После 4 сеансов гипноза, проводившихся через день, состояние значительно улучшилось: больной стал спокойнее, поведение приобрело упорядоченный характер, расширился круг общения. Была продолжена психотерапия символ-драмой. На очередном сеансе пациенту было предложено представить ручей. Визуализировалась скалистая местность (как описывал сам больной, “горы как степь”). Ручей тек под обрывом, над которым стоял больной. Когда он спустился вниз, то обнаружил, что хотя вода и была чистая, но пить ее было неприятно — она была очень соленая. Ниже по течению больной нашел горное озеро под водопадом и с удовольствием, несмотря на холодное время года (осень), искупался в нем. Выше, на скале, он нашел нишу около метра в диаметре, из которой вытекал ручей, и в этом месте, отдохнув на камнях, закончил сеанс.

На следующем сеансе пациент по просьбе психотерапевта представил гору. Она была остроконечной формы, кирпичного цвета, около 30 м в высоту, но ее больной воспринимал как “угрожающе высокую”. На гору взбираться было страшно, но пациент нашел веревку с крюком на конце и с ее помощью довольно уверенно забрался наверх. Сверху впереди, вдали, был виден город, во все другие стороны — черная земля без растительности. Наверху было страшно, еще страшнее было спускаться, однако по веревке больной спустился вниз достаточно легко. Затем он отдохнул на лужайке перед горой и вышел из образа. После сеанса пациент отметил увеличение уверенности в своих силах, в его рисунках впервые появились цвета: себя на фоне гор он нарисовал синим и зеленым цветом.

Далее проводилась работа с мотивом “Опушка леса”. Больной представил себя ночью в зимнем лесу, откуда с трудом выбрался на опушку. Из леса показалась голодная, трусливая лиса. Больной в образе кидал ей мясо, пока она не насытилась. Он заметил у нее набухшие соски, и, когда она с последним куском убежала в лес, то обрадовался, пояснив, что она побежала кормить лисят.

В дальнейшем проводилась проработка мотива “Дом”. На первом сеансе больной представил одноэтажный дом, со всех сторон огражденный забором. Войти в дом больному не удалось, т.к. мешала овчарка, на все попытки покормить ее или успокоить она отвечала злобным лаем. На следующем сеансе, состоявшемся после подробного обсуждения

первого, пациент представил маленький кирпичный дом без удобств, который вместе с тем очень понравился больному: туда легко удалось зайти, все показалось очень уютным, там можно было жить. На этом курс символ-драмы был завершен, т.к. далее задерживать больного в стационаре было невозможно по режимным соображениям. Он был направлен в колонию для дальнейшего отбывания наказания.

После проведения курса символ-драмы в сочетании с гипнотерапией состояние больного значительно улучшилось: он стал спокоен, исчезли галлюцинации, наладились отношения в отделении. Реакции больного на происходящее стали адекватными ситуации, психологически понятными. После возвращения в колонию адаптировался к пребыванию в местах лишения свободы, освоил специальность каменщика и штукатура. Настоял на представлении его на ВТЭК для того, чтобы отправлять пенсию матери. Несмотря на то, что считался “обиженным”, пользовался заслуженным авторитетом среди заключенных. Через 2 года освобождения по окончании срока лишения свободы, устроился на работу штукатуром в частную строительную бригаду. Около года живет с сожительницей, отношения между ними хорошие. К психиатру после освобождения не обращался, МСЭК не проходил, считая это ненужным для себя.

Следует учитывать, что при работе с пациентами с тяжелыми нарушениями данным методом предварительно следует устанавливать мощные, лучше кинестетические якоря (15), способные вернуть больного в состояние релаксации в случае развития истерического сумеречного состояния сознания (9). В нашей практике подобные случаи бывали, и хороший якорь в таких случаях — условие безопасности психотерапевта. Вообще у нас сложилось весьма благоприятное впечатление об эффективности символ-драмы (12) у этой категории больных, однако, к сожалению, тратить по 20–30 часов работы на клиента в наших условиях — непозволительная роскошь. Кроме того, этим методом не удастся работать с больными, недоверчиво относящимися к психотерапевту, с антисоциальными личностями.

Одной из наиболее сложных задач является оказание помощи в нахождении заключенным нового смысла своей жизни. Еще Виктор Франкл (16) указывал, что в концлагерях выживали только те, кто знал, зачем им это надо. Работая с героиновыми наркоманами, мы неоднократно получали, казалось бы, парадоксальный ответ на вопрос: “Зачем ты колешься?” — “А как вы живете и не колетесь? Вы хоть сами понимаете, что ничего более приятного в этой жизни нет?” По сути, героиновые наркоманы доводят до предельно логичного завершения установку социума на то, что жить следует только ради получения удовольствия, а заболеют и умрут рано или поздно все. Отто Кернберг также совершенно справедливо замечал, что одним из основных факторов, влияющих на прогноз терапии социально дезадаптированных лиц, является глубина нарушения Супер-Эго (8). Для решения этой задачи применялись различные методики работы в зависимости от конкретных обстоятельств — рациональная психотерапия, методика “линии вре-

мени” НЛП (10), некоторые мотивы символ-драмы, например, “фолиант”, “пойти к внутреннему мудрецу или звездочету” (12). В любом случае, решение этой задачи является исключительно сложным, творческим делом, и часто вопрос приобретения новых идеалов находит свое завершение не в рамках психотерапии, а в вере в Бога, и мы неоднократно видели, как обретение искренней религиозности коренным образом изменяет даже законченных психопатов с антисоциальными установками.

Следует еще раз подчеркнуть, что глубина психотерапевтического вмешательства должна соответствовать тяжести психологических проблем. Комплекс неполноценности — часто не только корка поверх болезненной язвы, но и кляп во рту психопата. Практика работы показывает, что простое устранение симптоматики может усилить выраженность антисоциального поведения преступника, хотя самочувствие последнего явно улучшается. Знание того, что результатом твоей, казалось бы, качественной работы может стать горе других людей — не самая приятная вещь для психотерапевта.

Еще раз хотелось бы подчеркнуть, что все вышеописанное есть не абсолютная истина, а всего лишь некоторые наблюдения, носящие во многом субъективный характер. Проблемы пенитенциарной психотерапии столь широки, что не могут быть решены кем-то в одиночку, и мы надеемся, что эта статья послужит задаче объединения всех, работающих в этой области.

ЛИТЕРАТУРА

1. Баикатов И. П., Фицула М. Н. Основы исправления и перевоспитания несовершеннолетних осужденных в воспитательно-трудовых колониях. М., 1984. — 324.
2. Бэндлер Р., Гриндер Д. Рефрейминг. Ориентация личности с помощью речевых стратегий. Воронеж: НПО “МОДЭК” 2000. — 256 с.
3. Берн Э. Игры, в которые играют люди. Мн.: ООО “Поппури”, 2000. — 512 с.
4. Бэндлер Р., Гриндер Д. Трансформэйшн — Наведение транса. Воронеж: НПО “МОДЭК” 2000. — 270 с.
5. Волков В. Н. Медицинская психология в ИТУ. М., “Юридическая литература” 1989. — 256 с.
6. Гиллиген С. Терапевтические транссы: Руководство по эриксоновской гипнотерапии — М.: Независимая фирма “Класс”, 1999. — 416 с.
7. Жислин С. Г. Очерки клинической психиатрии. М., “Медицина”, 1965. — 320 с.
8. Кернберг О. Тяжелые личностные расстройства: Стратегии психотерапии. — М.: Независимая фирма “Класс”, 2000. — 464 с.
9. Кандыба В. М. Основы гипнологии: Теория и техника гипноза и пр. СПб.: Издательство “Лань”, 1999. — 768 стр.
10. Ковалев С. В. Семь шагов от пропасти. Воронеж: НПО “МОДЭК” 2001 – 192 с.
11. Литвак М. Е. Психологический вампиризм. Ростов н / Д, “Феникс”, 2001 – 416 с.
12. Обухов Я. Л. Символдрама и современный психоанализ. Харьков: “Регион-информ”, 1999. — 252 с.
13. Шумский Н. Г. Диагностические ошибки в судебно-психиатрической практике. — СПб.: “Академический проект”, 1997.
14. Эриксон М. Стратегия психотерапии. — СПб, “Речь”, 2002. — 544 с.
15. Bandler R., Grinder J. Frogs into princes. Moab, UT: Real People Press, 1979.
16. Frankl V. The Will to Meaning. NY: World, 1969.

Тематическая конференция
Всемирной психиатрической ассоциации

**ДЕПРЕССИИ И ДРУГИЕ ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА,
РАСПРОСТРАНЕННЫЕ В СИСТЕМЕ ПЕРВИЧНОЙ ПОМОЩИ**

18 – 21 июня 2008 г., Гранада, Испания

www.wpa2008granada.org

ИСТОРИЯ

*Памяти друга, историка отечественной психиатрии
Анатолия Григорьевича Гершица*

К 125-летию со дня рождения: Профессор П. М. Зиновьев (1882 – 1965) и его книга “Душевные болезни в картинах и образах”¹



первая публикация
(из архива д-ра В. Г. Остроглазова)

Летом 2007 года исполнилось 125 лет со дня рождения выдающегося отечественного психиатра проф. Петра Михайловича Зиновьева. Он родился спустя год после убийства “народовольцами” царя-освобо-

дителя Александра 2-го. Закончив в 1908 году медицинский факультет Императорского Московского Университета (в то время кафедрой психиатрии заведовал проф. В. П. Сербский), несколько лет работал в Центральном приемном покое для душевнобольных и в психиатрической больнице на Канатчиковой даче (ныне больница им. Алексеева). За это время опубликовал 5 научных работ об экспериментально-психо-

¹ Издательством “МЕДпресс-информ” осуществлено переиздание этой книги (М., 2007), в которую включена данная статья в сокращенном виде.

логических исследованиях в психиатрии, значении синдромов в клинике МДП и клинико-анатомическое наблюдение пресенильного психоза с кататоническими явлениями. Затем служил военврачом на фронтах Отечественной (потом ее назовут империалистической 1-й Мировой) и Гражданской войн. Таким образом, его первые 35 лет пришлось на царствование 2-х последних русских императоров; революцию 1917 года он встретил вполне сложившимся человеком и ученым психиатром.

Это была личность с громадным социально-историческим опытом, включившим 5 войн и 3 революции, активный строитель совершенно новой советской психиатрии с ее государственным принципом профилактики, ближайший соратник П. Б. Ганнушкина, лидер клиники пограничной, так называемой “малой психиатрии” после его смерти.

Вехи его клинической и научной деятельности включают работу ассистентом на кафедре психиатрии Высших женских курсов (1920 – 1925), приват-доцентом кафедры психиатрии 1-го МГУ (1925 – 1930), заведование кафедрой психиатрии Азербайджанского мед. института (1936 – 1939), старшим научным сотрудником в Институте психиатрии АМН СССР (с 1945 года), консультантом в Центральном институте экспертизы трудоспособности инвалидов (ЦИЭТИН) и во многих других учреждениях до конца жизни. За заслуги перед Отечеством проф. Зиновьев был награжден орденом Ленина и медалями.

Полный список его опубликованных трудов неизвестен. Персональный каталог его работ в библиотеке академического института психиатрии (НЦПЗ РАМН) насчитывает 56 источников, но в действительности их гораздо больше: только в 1-м издании БМЭ — свыше 50. Многое осталось неопубликованным, в том числе не разрешенная к публикации блестящая патография Н. В. Гоголя. Особое место в его творчестве занимает книга “Душевные болезни в картинах и образах” (1927 г.), о которой речь пойдет ниже.

Именно к профессору Зиновьеву обращались редакторы БСЭ и БМЭ, коллеги и ученые в самых сложных, неразрешимых проблемах на стыке психопатологии и психологии, психопатологии и евгеники, психопатологии и гениальности, психопатологии и генеалогии, патографии выдающихся людей. Но даже перечисление этих вех деятельности крупного психиатра не передает уникальности и неповторимого обаяния его личности, совершенно особого места и особой судьбы проф. Зиновьева в истории советской психиатрии. Чтобы приблизиться к пониманию феномена профессора Зиновьева, обратимся к свидетельствам его учеников 1920-х годов (проф. В. М. Банщикова, проф. Е. Н. Каменевой и др.), которых уж нет, а также — ныне здравствующих его учеников по Институту

психиатрии АМН СССР с 1948 по 1958 год, — теперь профессоров психиатрии (проф. А. Г. Гофман, проф. Ю. И. Либерман и др.)².

Среди первых ассистентов проф. В. А. Гиляровского, доставшихся ему по наследству от проф. Н. Н. Баженова на кафедре психиатрии Высших женских курсов³, старшим по возрасту был П. М. Зиновьев. Он уже тогда являлся одним из лучших клиницистов, охотно делился своими знаниями и опытом с молодыми психиатрами, а характерологически представлял собой полную противоположность новому руководителю кафедры: человек открытый, мягкий, скромный, одинаково доброжелательный и приветливый со всеми; по воспоминаниям коллег, чувство превосходства было совершенно чуждо ему. Он пытался организовать психиатрический кружок для реферирования новейших работ, собирал молодых психиатров в своей квартире и учил их.

В середине 1920-х годов он перешел на кафедру психиатрии Московского университета (в то время он работал еще и районным психиатром) к проф. П. Б. Ганнушкину.

Став профессором, он несколько не изменился. П. М. Зиновьев относился к тем личностям, которые остаются собой в любых обстоятельствах и при любых политических режимах. В эти годы российской мглы, разрухи, шараханий от военного коммунизма к НЭПу, когда страна металась — броситься ли в топку мировой революции или заняться социализмом у себя дома? — профессора Зиновьева волновало решение двух сугубо профессиональных задач: развитие массовой профилактической помощи психически больным на базе невро-психиатрических диспансеров нового типа и сбережение бесценного опыта отечественной психиатрии, передача ее лучших традиций. В этом он был единомышленником яркого лидера клинической медицины тех лет проф. Д. Д. Плетнева, опубликовавшего в 1923 г. свою книгу “Русские терапевтические школы”, а в 1927 г. — работу “К вопросу о “соматической” циклотимии”, которая вошла в историю учения о маскированных депрессиях. Олицетворяя опыт и традиции русской психиатрии, Зиновьев был одним из тех немногих, кто стоял у истоков советской психиатрии, но не поддавался ее искушениям или, скорее, справился с ними. Его не было среди ее “идеологов”, каким стал, например, П. Б. Ганнушкин, Л. М. Розенштейн или С. В. Крайц, имена которых

² Выражаю сердечную признательность ведущему научному сотруднику научной библиотеки НЦПЗ РАМН Ирине Ивановне Семенченко за помощь и предоставленные сведения о публикациях П. М. Зиновьева, проф. А. Г. Гофману и проф. Ю. И. Либерману — за живые личные воспоминания о годах учебы у проф. Зиновьева.

³ Теперь — Российский государственный медицинский университет.

присваивались психиатрическим клиникам и институтам⁴.

После избрания заведующим кафедрой психиатрии Азербайджанского медицинского института Петр Михайлович на несколько лет покинул столицу.

А между тем, его монография “Душевные болезни в картинах и образах. Психозы, их сущность и формы проявления”, изданная в описываемое время (1927 год), представляла собой первое в советской психиатрии яркое и систематическое изложение ее предмета. В 1-м издании “Советской Энциклопедии” (МСЭ, 1931 г.) в прилагаемом к статье “Психиатрия” указателе литературы она по праву занимает первое место, опережая просоветские труды, такие, например, “Как трудящимся бороться за здоровые нервы”, В. Громбаха, Москва, 1929; и др. Но, может быть, считалось, что не по рангу было ему издание такой книги, и с легкой руки Ганнушкина, она была отнесена “к научно-популярной литературе”, с оговоркой, что “все же имеет в виду читателя по крайней мере со средним образованием”? Так сказать, не для пролетариата или санитаров. Так или иначе, но эта оценочная этикетка — “*попул.*” — перекочевала и в “Советскую Энциклопедию” (в указатель литературы по психиатрии), что вряд ли могло не сказаться на последующей судьбе книги и поэтому требует обсуждения.

Современные психиатры слишком мало знают о П. М. Зиновьеве и его вкладе в отечественную психиатрию. Но его хорошо помнят ветераны Института психиатрии АМН СССР и школы академика А. В. Снежневского. Так, проф. Ю. И. Либерман при первом же вопросе о П. М. Зиновьеве сразу назвал эту его книгу, по которой в 1940–1950-е годы учились начинающие карьеру сотрудники института психиатрии, многие из которых впоследствии составили ее элиту. Профессора Зиновьева приглашали в психиатрическую клинику им. Кашенко для консультаций по поводу самых сложных и неясных случаев. Он отличался удивительной точностью диагностики и экономностью своей беседы с пациентами: казалось, он знал, что в душе у данного больного, задавал немного вопросов словно только для того, чтобы получить подтверждение. Его неизменный авторитет ученого и клинициста держался и тогда, когда он ушел на пенсию. Было очевидным особое уважение к нему директора академика В. А. Гиляровского, проф. А. С. Шма-

рьяна и других ведущих сотрудников академического института.

По воспоминаниям его прямых учеников, в том числе и ныне деятельного проф. А. Г. Гофмана, в Институте психиатрии АМН СССР никто не мог сравниться с проф. Зиновьевым по авторитету ученого; наиболее способные молодые психиатры считали, что консультироваться и учиться в первую очередь нужно только у Петра Михайловича. Так считали и Р. А. Наджаров, и Н. Г. Шумский, и многие другие. Все высоко ценили консультации проф. Зиновьева, который словно задавал высокую планку клиническим исследованиям в институте.

Вместе с тем, Петр Михайлович всегда занимал особое место: между ним и психиатрической элитой столицы сохранялась дистанция, но эта дистанция уважалась. Казалось, у него совсем не было врагов (проф. Ю. И. Либерман).

Проф. Зиновьев был классически образован, прекрасно знал русскую классическую и западноевропейскую литературу; любил Анатоля Франса, ценил его юмор. В совершенстве владел немецким, хорошо знал французский, свободно воспринимал английские радиопередачи и тут же комментировал их. Любил людей, а интересы больных всегда ставил на первое место. Принципиально не занимался частной практикой. Его порядочность и безупречная честность были неотъемлемыми чертами его личности. Он считался воплощением совести русской психиатрии, и это определяло отношение к нему всего психиатрического сообщества.

Вместе с тем, как вспоминает проф. А. Г. Гофман, при неизменной простоте и открытости, готовности учить начинающих психиатров, Петр Михайлович о себе мало рассказывал. Но истинную цену себе знал. Однажды сказал молодым психиатрам: вот, заведующий кафедрой психиатрии проф. Гуревич, но сам он не считает, будто проф. Гуревич лучше его. Или, на их вопрос: “Статику психопатий, говорите, написали Вы, а теперь таким больным ставите диагноз шизофрении?”, — ответил просто: “Такое задание было”. Общеизвестно, что проф. Ганнушкин был ленив.

Расходились слухи, будто Зиновьев — действительный автор или соавтор монографии П. Б. Ганнушкина о клинике психопатий⁵.

Надо подчеркнуть, что нам не известны какие-либо веские доказательства, чтобы верить или не верить этому. Надо заметить также, что один из самых компетентных историков советской психиатрии и исследователей творчества П. Б. Ганнушкина Анатолий Григорьевич Гериш доверительно сказал мне, что эти слухи основаны на исторической реальности. Так или иначе, но после смерти П. Б. Ганнушкина (1933)

⁴ К примеру, П. Б. Ганнушкин сразу после Октябрьской революции развернул активную деятельность и при первых же выборах в 1917 году был избран председателем месткома Психиатрической больницы им. Алексеева. Стал первым профессором-психиатром, избранным при советской власти (в мае 1918 в Московский Университет). Оказывал большое влияние на развитие советской психиатрии. Его именем были названы Московский институт психиатрии и психиатрическая больница; в Москве оно стало нарицательным популярным.

⁵ П. Б. Ганнушкин “Клиника психопатий, их статика, динамика, систематика”, Кооперативное издательство “Север”, М., 1933, 143 с.

именно П. М. Зиновьев выступил с научной, подводящей итоги статьей “Основные этапы научной работы П. Б. Ганнушкина”⁶. Он знал эти “этапы” как никто другой. И потом вспоминал, как незадолго до смерти Петр Борисович неоднократно обсуждал с ним задуманное руководство по малой психиатрии, главным образом принципиальные критерии отбора клинического материала, а также легкие, стертые формы, например, “изменения психики при лихорадочных заболеваниях, состояния психической слабости после инфекций и травм, циклотимические депрессии, легкие формы психогенных реакций, такие типы развития личности, как астенический, ипохондрический и др.”.

Жаль, что этим планам не суждено было осуществиться. Но совершенно очевидно, сколь высоко ценил Петра Зиновьева Петр Ганнушкин в таком сложном деле, как “малая психиатрия”, которой он посвятил свою жизнь. Вникнем в слова самого П. Б. Ганнушкина в предисловии к 1-му изданию “Клиники психопатий”: “Объем нашей работы не велик: мы исключили подробные литературные справки; но труда и времени наша работа все же потребовала больших. Очень большую помощь нам оказал П. М. Зиновьев — без его участия в этом деле мы бы не справились с нашей задачей” (так — р а з р ы д к о й — подчеркнул это имя сам П. Б. Ганнушкин в 1-м издании, которая, к сожалению, почему-то исчезла при переиздании его избранных трудов под редакцией акад. О. В. Кербилова в 1964 г.⁷ — В. О.). Как известно, классик “малой психиатрии” не дожил до публикации своей лебединой песни всего несколько месяцев: “Она была им корреktирована и подписана к печати, когда после недолгой болезни он в ночь на 23 февраля умер, не увидев ее напечатанной”. Так было сказано во вступительной статье-некрологе к 1-му изданию монографии. Поэтому особенно жаль, что при переиздании текста монографии в 1964 году из него столь же необъяснимо была удалена его неотъемлемая часть — проникновенный некролог “П. Б. Ганнушкин”, который мог написать только П. М. Зиновьев. Кому помешал самый глубокий биографический очерк об учителе?

Известно, что О. В. Кербилов работал в клинике П. Б. Ганнушкина в последние годы жизни учителя, то есть в период написания им своей главной книги. Однако, в его объемистой вступительной статье к “Избранным трудам” учителя, подробно анализирующей истоки и содержание “Клиники психопатий”, вовсе не упомянут П. М. Зиновьев, по признанию самого Ганнушкина оказавший “очень большую помощь” — такую, что “без его участия в этом деле мы бы не справились с этой задачей”. Не упоминается и работа

П. М. Зиновьева “Основные этапы научной работы П. Б. Ганнушкина”, опубликованная в год его смерти (1933). А имя Петра Михайловича приведено лишь в конце вступительной статьи среди четырех десятков соратников и учеников П. Б. Ганнушкина.

Случайность или рок забвения, тяготеющий над проф. Зиновьевым, “у которого не было врагов”?

Ни в одном из изданий Большой Советской и Большой Медицинской энциклопедий нет персональной статьи о проф. П. М. Зиновьеве, несмотря на то, что вряд ли кто-либо из советских психиатров написал в эти энциклопедии больше статей. Пришла пора исправить этот пробел в истории советской психиатрии. Надеемся, это будет сделано при издании Большой Российской Энциклопедии.

Что касается книги самого П. М. Зиновьева, то ее образное название, конечно, не случайно, но оно не означало, будто ее содержание сводится к картинам и образам как отражению душевных болезней в искусстве или творчестве самих душевнобольных (так могло показаться с первого взгляда). Нет, название указывало на самую суть психических расстройств. Ведь в отличие от других областей органопатологии человека (например, кардиологии, гастроэнтерологии и др.), имеющих свою собственную патологическую анатомию, психическая патология, по определению, представляет собой психическую, то есть субъективную реальность, а ее материальный субстрат остается научной проблемой или постулируется. Это положение не изменилось и теперь, несмотря на достижения таких объективных технологий, как электронная микроскопия, прижизненная компьютерная и магнитно-резонансная томография мозга: ни души, ни ее заболевания увидеть так и не удается. Таким образом, исследовать душевные болезни можно лишь в “картинах и образах”, которые представляют нам душевнобольные. Вот почему классическими в психиатрии остаются самоописания творческих личностей (Жерар де Нерваль) и научные труды психиатров, основанные на опыте пережитого психического расстройства (учение В. Х. Кандинского “О псевдогаллюцинациях”).

Очевидно, что заглавие книги указывало на самую суть психиатрии как науки, не смешивая ее с объективистским пониманием психики как “высшей нервной деятельности” по И. П. Павлову. И такое воззрение на сущность “душевных болезней” Зиновьев излагал через 10 лет после социалистической революции народу, одержимому марксизмом, отвергающему существование Бога и собственно души. Какая уж тут “научно-популярная литература”⁸ Исключительное научное значение этой книги становится яс-

⁶ Советская невропатология, психиатрия и психогигиена. Т. 2, 1933, № 5, с. 3 – 6.

⁷ П. Б. Ганнушкин Избранные труды. Под ред. Действительного члена АМН СССР профессора О. В. Кербилова. Изд-во “Медицина”, Москва, 1964, 291 с.

⁸ Спустя два десятилетия “павловское” понимание одолело советскую психиатрию. И перед ним вынужден был склониться советский психиатр № 1 — директор НИИ психиатрии АМН СССР акад. Гиляровский, который вступил в Коммунистическую партию на 73 году жизни.

ным в процессе последовательного рассмотрения ее содержания.

Книга начинается введением, где рассматриваются понятия этиологии, патогенеза, органопатологии применительно к психическим заболеваниям, т.е. вопросы, представляющие наивысшую сложность в медицине. В нее включены главные разделы частной психиатрии, актуальные не только для того, но и для нашего времени.

Хотя после “капиталистической революции” прошло только 15 лет, мы успели перещеголять ту — “Советскую” — Россию по уровню показателей алкогольных психозов и смертности, заболеваемости сифилисом, пандемии токсико- и наркоманий, интенсивности самоубийств взрослых и детей, армии беспризорных детей и бродяг-бомжей, не говоря уже о нажитой эпидемии СПИДа. И в первой же главе книги рассматриваются наркотические отравления гашишем, опиум и алкогольная белая горячка. В последующих главах описываются психозы при гриппе, тифах и уремии. При этом излагаются современные взгляды на эти психозы как на экзогенный тип реакции, который следует разграничивать с “эндогенными реакциями” по О. Бумке, которые лишь провоцируются внешней вредностью в соответствии с психопатологической предрасположенностью конкретного человека.

Отдельная глава посвящена “одному из самых частых душевных заболеваний — прогрессивному параличу помешанных, развивающемуся обыкновенно у бывших сифилитиков через несколько лет после заражения и неизбежно до сих пор приводивших заболевших им к глубокому распаду психики и смерти”. Самоописания Мопассана и Ницше, тончайшие описания собственных наблюдений Шюле и Крепелином, с ранним выявлением, диагностикой, активной терапией прививками малярии и возвратного тифа, представляют бесценный материал не только для современных психиатров, но и для врачей общемедицинской сети, которые за полвека забыли о существовании прогрессивного паралича. А между тем, эпидемия венерических заболеваний, включая сифилис, обещает нам рецидив сифилитических психозов, которые в 1928 году в психиатрических больницах РСФСР наблюдались у 9 % больных, а вместе с алкогольными психозами — у четверти всех больных.

Посвященная эпилепсии глава содержит непревзойденные описания классиками психиатрии эпилептического характера, малых и больших припадков, их ауры и психических эквивалентов; а также гениальные по своей проникновенности в глубины эпилептической психики страницы Достоевского. Разграничение понятий генуинной и симптоматической эпилепсии не потеряло своей актуальности, а описания психических эпилептических расстройств особенно важны теперь, когда больные эпилепсией

изъяты из компетенции психиатров и переданы неврологам.

В главе о самом сложном и запутанном заболевании — шизофрении — на основании описаний, которые принадлежат Корсакову, Бернштейну, Вернике и Груле, Кронфельду и Ясперсу, автор приводит яркие картины основных форм шизофренических психозов — кататонии, онейроида, гебефрении, параноидной и простой деменций. Замечательно в анализе течения шизофрении представление о ней как о патологическом мозговом процессе со свойственной ему *прогредиентностью*, а также выделение трех основных форм течения — приступообразной, приступообразно-прогредиентной и неуклонно прогредиентной, — предвосхитившие основные достижения школы академика А. В. Снежневского. Несколькими годами позже П. М. Зиновьев предложил понятие вялотекущая шизофрения вместо менее четкой “мягкой шизофрении” А. Кронфельда, включающей психотические состояния.

Не менее ценны наблюдения случаев выздоровления с полной остановкой патологического процесса. Проникновению во внутренний мир страдающего этой самой непонятной болезнью человека помогают описания и самоописания патологии выдающихся людей — французского писателя Жерара де Нерваля, немецкого поэта Гельдерлина и др. Анализ истоков шизофренического бреда в сопоставлении его с мышлением первобытных людей (Леви-Брюль) не потерял своего значения и теперь. А положение о неизвестном патогенезе этой болезни действительно по сей день: шизофрения вот уже более полувека остается проблемой №1 Научного центра психического здоровья РАМН.

Столь же рельефно даны описания сменяющихся меланхолических и маниакальных картин при маниакально-депрессивном психозе и при весьма распространенных в обыденной жизни легких формах этого расстройства — циклотимии, порой неотличимой от практического здоровья. Приведены признаки разграничения этих заболеваний с циркулярной шизофренией. Кроме чистых форм мании и депрессии даны смешанные состояния, в которых элементы мании и меланхолии перемешиваются “самым причудливым образом”; например, ажитированная меланхолия, при которой тоскливость соединяется с возбуждением, и риск самоубийства возрастает многократно. Как феноменологическую находку следует отметить пронзанность переживаниями дежавю маниакальных фаз на примере автобиографического “Красного цветка” В. Гаршина.

Достоинством книги является и широта освещения т.н. “малой психиатрии” и выходящих за ее рамки явлений из смежных областей сравнительно-возрастной психологии и характерологии. Весьма ценны описания возрастных, пубертатных и инволюционных кризов, психических расстройств старости, ко-

торая на наших глазах становится все более патологической. Все реже мы встречаем “примиренных с жизнью, добродушных стариков..., сохраняющих все время живую искру в своей душе”, и все чаще наблюдаем картину, нарисованную Гоголем в образе Плюшкина, — хладные, бесчувственные, пошлые черты бесчеловечной старости.

С другой стороны, мы наблюдаем метаморфозы истерических характеров, на которые указал еще П. М. Зиновьев: “Если старые знатоки истерического характера охотно называли истериков взрослыми детьми, то Кречмер предпочитает выражение “взрослые подростки” (имея в виду их гебоидные проявления), а в наше безумное время уже приходится говорить о “стариках и старухах-подростках” — достаточно бросить взгляд на так называемых “звезд” эстрады с их культом гебоидофрении. На пороге инобытия с помощью СМИ они составляют публике исключительную докучу своими “изменами” и “браками”; их пожизненный “пубертатный кризис” обрывается только смертью от старости. Уже ученые психологи МГУ бьют тревогу и говорят о “феномене “злокачественного инфантилизма” как патологии современной европейской культуры” (А. Ш. Тхостов и др., 2007 г.), который проще, по-русски, назвать “синдром малыша”.

В главе о психогениях приведены клинические описания реактивных психозов на фронте и при землетрясениях, что весьма актуально в наше катастрофическое время, когда “чрезвычайные ситуации” стали обыденным делом соответствующего министерства и создаются учебники по психиатрии катастроф. Рельефно очерчены шоковые реакции “мнимой смерти” и “двигательной бури”, психодинамические механизмы бегства от невыносимой тяжести обрушившихся на личность ужасов — вытеснения, защиты, регрессии к ранним переживаниям детства. Рассмотрен вопрос об индивидуальной реактивной устойчивости нервной системы и ее границах.

В истерических реакциях показана власть инстинктивно-половой сферы. В этой связи приведено афористическое замечание Ницше: “Позади твоих чувств и мыслей, о мой брат, находится могучий повелитель, неведомый мудрец — он называется “сам”. Он живет в твоём теле, он — твоё тело”. Проф. Зиновьев указал на компилятивный характер психоанализа Фрейда, которым эти идеи Ницше были использованы для построения своей теории психической жизни и ее уровнях с разделением на Оно, Я и Сверх-Я, где “человеческий индивидуум и представляет собой это бессознательное Оно, которое только поверхностно охвачено Я”. Отсюда фрейдовские “Оно” — вместо “Сам”, и “язык органов тела” — вместо “великого разума тела” Ницше.

В заключение этой главы автор останавливается на описанной Гауппом истории болезни учителя Вагнера в качестве классического примера паранойи как

патологического развития и дает ему собственную психопатологическую оценку.

Неразрешенный вопрос — “развитие или процесс?” — и сегодня составляет “проблему паранойи” (А. Б. Смулевич, М. Г. Щирова и др.). Получается, будто психологическое развитие личности приводит к бреду, но это противоречит его определению. Хотя П. М. Зиновьев как будто соглашается с трактовкой случая Вагнера как психогенного бредообразования, вместе с тем, в его истории болезни и особенно в содержании написанной Вагнером горячей и убедительной автобиографии-исповеди в 3-х томах он подмечает существенные противоречия: в этом “странном развитии личности” и в самой личности Вагнера с детства “какое-то внутреннее противоречие”, резко выраженную дисгармонию и психестетическую пропорцию Кречмера, раскол личности “как будто в нем одновременно уживаются два человека” с неразрешимым внутренне обусловленным конфликтом, который, собственно, и стал двигателем паранойального бредообразования.

О каком диагнозе должен думать психиатр, когда речь идет о расщеплении, расколе личности, которое как основное расстройство определяет патокинез бредообразования? Кажется, ответ ясен.

Теперь спустя 80 лет можно добавить к трактовке П. М. Зиновьева следующее. Психиатры-эксперты, пришедшие к заключению о патологическом развитии, по-видимому, больше сосредоточились на внешней, аллопсихической (по К. Вернике) стороне бреда — сензитивных идеях отношения, преследования, места обидчикам — как мотивам преступления. В результате в тени оказалась внутренняя, аутопсихическая часть или сторона бреда, не столь психологически выводимая и не столь понятная по сравнению с бредовым отношением к окружающим: это — убежденность, что он наследственный психический извращенец-дегенерат, происходящий из отягощенного отвратительными пороками рода дегенератов. Отсюда сделан странный вывод: “Все, что носит фамилию Вагнер, рождено для несчастья. Все Вагнеры подлежат уничтожению, всех их надо освободить от тяготеющего над ними рока”. В силу этой шизофренической логики Вагнером были убиты не только четверо собственных детей, но также и жена, не имевшая наследственного отношения к его “роду дегенератов”, но, однако, “носившая фамилию Вагнер”.

Другой стороной антиномии этого шизофренического бреда было развитие еще менее понятных мегаломанических идей величия о себе как “величайшем человеке мировой истории”. Половые извращения, начавшиеся с онанизма, развивающиеся несмотря на нормальную половую жизнь и достигшие содомии, скотоложества, неправомерно трактовать как порок и психологически понятную основу для внутреннего конфликта; нет, это — серьезный психопатологический симптом, всю роковую глубину которого сам

Вагнер ощущал гораздо лучше психиатров. А правило феноменологии запрещает выводить один психопатологический симптом из другого и рассматривать их в причинно-следственной связи, например, как развитие.

Указания Гауппа на наследственную психопатологическую отягощенность по обеим линиям не удивляют. Удивительно другое: несчастный Вагнер оказался ближе к истине об эндогенной природе своего заболевания, чем тогдашняя психиатрия, не освободившаяся от власти парадигмы “раннего слабоумия” Крепелина и зачарованная превосходным интеллектом Вагнера. Пожалуй, описанный Гауппом знаменитый случай учителя Вагнера пора именовать психиатрическим парадоксом.

Итак, в своей книге П. М. Зиновьев начинает с самых сложных вопросов общей психопатологии как раздела общей патологии человека и заканчивает не менее сложной “проблемой паранойи”, о которую до сих пор ломают зубы докторские диссертации. Но и этого мало. Ему, “прежде чем закончить, необходимо сказать... о сложности причин, переплетающихся в каждом отдельном случае”, чтобы рассмотреть научное состояние учения о структуре психоза. И он это делает, опираясь на основополагающие работы Карла Бирнбаума и Эрнста Кречмера.

В заключительных словах проф. Зиновьева сказала его неизменная любовь и вера в психиатрию: *“Пусть, однако, читатель не думает, что эта книжка может дать ему знание психиатрии как науки и лечебного искусства — в задачу автора совсем не входило написать учебник психиатрии. Он имел в виду совсем другое, именно, во-первых — дать наглядное представление о том, что представляет из себя душевнобольной человек как личность и, где это возможно, объяснить, какими процессами в организме вызываются ненормальные явления душевной жизни, а во-вторых, и, может быть, самое главное*

— показать те стороны психиатрии, которые заставили Груде утверждать, что она постепенно вырастает в “науку о понимании людей”, в “практическое человековедение”... Пониманию душевного своеобразия ближнего надо учиться не от психологии”.

Эта написанная с высокой научностью книга сама представляет произведение искусства и читается с захватывающим профессиональным интересом. Она имела, так же, большое социальное значение. Безусловно, ею был взбудоражен общественный интерес к психиатрии, которая перестала быть уделом скорбных психиатрических клиник (“сумасшедших домов”).

Незадолго до смерти, будучи серьезно больным, Петр Михайлович не переставал работать. Он написал ряд статей и готовил к переизданию свою книгу. Петр Михайлович Зиновьев умер 25 января 1965 года — в Татьянин День — Праздник Московского Университета, который он окончил в 1908 году и в котором трудился в расцвете своих творческих сил.

Знаменательно, что настоящее переиздание книги приурочено к 125-летию рождения выдающегося мэтра психиатрии, всегда стремившегося помогать молодым врачам.

Ее непреходящая клиническая ценность особенно насущна сегодня — во время кризиса психиатрии, ее регресса (Международная классификация психических расстройств ВОЗ 10-го пересмотра утратила главное достижение научной психиатрии — понятие патологического процесса). Поэтому она может вновь стать настольной книгой психиатров и неврологов, психотерапевтов и клинических психологов, врачей общей практики и студентов — участников психиатрических кружков, и вообще каждого, кто интересуется психиатрией.

В. Г. Остроглазов

Первый Конгресс Психиатрической ассоциации Восточной Европы и Балкан

21 – 23 сентября 2007 года в древнем греческом городе (Фе)Салоники (более 2300 лет), родине христианских святых Дмитрия Салунского и братьев Кирилла и Мефодия, состоялся первый Конгресс Психиатрической ассоциации Восточной Европы и Балкан, мастерски организованный ее президентом Георгием Христодуло (вице-президент Душица Лесик-Тожевская из Сербии, генеральный секретарь П. Гокалп из Турции, казначей Т. Удристоу из Румынии и консультанты В. Краснов и Ф. Тьюри из Венгрии). Эта Ассоциация, организованная в 2005 году, является аффилированным членом ВПА и членом Всемирной Федерации психического здоровья. На конгресс приехало 700 делегатов из 36 стран.

Психиатров этого региона объединило не только сходство стоящих перед ними проблем, но и сопоставимость средств, которыми они располагают, от 1,5 % в Азербайджане и 2,5 % в России до 9,5 % в Греции из бюджета страны. На специальном заседании, посвященном анализу положения психиатрической службы в каждой стране, выступили представители Македонии, Греции, Венгрии, Казахстана, Польши (двух обществ), Румынии, России (двух обществ), Словении, Сербии, Турции и Украины. Наиболее подробный анализ дали представители Сербии, Македонии и России. Самое яркое впечатление оставили два выступления вице-президента новой Ассоциации и зонального представителя ВПА по Центральной Европе Душицы Лесик-Тожевской относительно положения в Сербии и в регионе в целом. Мы постараемся познакомить читателей нашего журнала с этими выступлениями. Представитель Македонии Новотный сопроводил свое выступление очень выразительной компьютерной иллюстрацией отстранения профессионального сообщества от участия в принятии решений и даже его информированности положением вещей: профессиональное сообщество изображено в виде мальчика перед очень высокой трибуной, который все время подпрыгивает, пытаясь рассмотреть, что там делается, но ему не видно, что за трибуной два гангстероподобных политика с переменным успехом занимаются перетягиванием каната. Пессимистическую картину нарисовал представитель Венгрии. Проф. Христодуло сообщил, что Евросоюз перестал финансировать проведение реформы греческой психиатрической службы, что составляло 50 % ее бюджета, в Сербии и Турции все еще не приняты законы о психиатриче-

ской помощи. Совершенно другие возможности продемонстрировал представитель Кипра, с выступления которого началось заседание. Обсуждение хода реформы психиатрической службы и, в первую очередь, процесса деинституционализации, показало, что страны региона находятся на разных ступенях ее реализации: если Македония, Украина, Россия в самом начале пути, то Греция далеко продвинулась в процессе деинституционализации и создании новых вне-стационарных форм помощи, в частности, передвижных полипрофессиональных отделений, которые занимаются просветительской и реабилитационной деятельностью и оказывают срочную психиатрическую помощь на дому, предотвращая стационарирование.

Все это позволяет психиатрическим сообществам данного региона, объединенного общностью социально-экономического положения, культурных традиций и особенностями организации психиатрической службы, обмениваться опытом, предотвращать неизбежные в ходе проведения реформ ошибки и перенимать наиболее успешные примеры оказания помощи.

В рамках Конгресса делегация РОП провела отдельный симпозиум “Психическое здоровье и социальные перемены в России”.

Среди факторов, которые следует учесть в процессе проведения реформы, были названы следующие: неизбежное снижение уровня профессиональной помощи при передаче лечения многих пациентов с психическими расстройствами врачам общего профиля, возможная институционализация пациентов в созданных для них общежитиях или дома вместо институционализации в психиатрических стационарах, необходимость специальной подготовки врачей-психиатров, работающих в полипрофессиональных командах, роли руководителя и организатора работы команды, и т.д. Проф. Христодуло особенно подчеркнул необходимость обеспечить непрерывное финансирование процесса реформ, который неизбежно растягивается на многие годы и должен иметь возможность дальнейшего продвижения вперед.

Одним из центральных выступлений Конгресса была лекция Давида Голберга (Великобритания) о психиатрической реформе в Великобритании, который в частной беседе обнаружил прекрасное знание и понимание всех наших проблем, что не случайно, т.к. он пять раз приезжал с занятиями в Екатеринбург, благодаря активности главного психиатра региона

XIX конгресс Всемирной ассоциации социальной психиатрии

Поташевой. Поэтому не случайно, что бригадные формы работы продвинулись там более всего.

Второй, наряду с реформой психиатрической службы, проблемой, специально обсуждавшейся на Конгрессе, была проблема предотвращения суицидов. Здесь выделялась серия работ из крупнейшего греческого университета им. Аристотеля с анализом суицидов в разных возрастных группах и серия работ из Королевского колледжа Великобритании, а также работа представителя от НПА России о суицидах в российской армии на конкретном экспертном материале.

Помимо двух заявленных заранее центральных тем Конгресса, незадолго до его начала было решено включить тему “Катастрофы и психическое здоровье”, что позволило привлечь представителей многих других заинтересованных регионов (Египет, Израиль, и т.д.) и существенно обогатило развернувшуюся на Конгрессе дискуссию.

На Конгрессе было немало представителей других регионов: Австралии, Великобритании, Франции, Испании, Израиля, Египта, Кипра, Литвы, Азербайджана, Казахстана и Узбекистана. Не было никого из Армении, Грузии, Болгарии, Белоруссии, Молдавии, а от Украины только проф. Марута из Харькова. Россия была представлена делегацией из 8 человек из Московского института психиатрии во главе с проф. Красновым и двумя представителями НПА России.

Руководство новой Ассоциации подчеркнуто дистанцировалось от любого намека на политизацию, явно перебирая в этом своем рвении, что не соответствовало оценке ситуации значительным числом ее членов. Это определило принятую 20 сентября Фесалоникскую декларацию.

Наряду с этим была продемонстрирована полная толерантность к иным мнениям: среди торжественной и очень представительной церемонии открытия с участием руководителей комитетов ВПА, митрополита, министра Македонии, мэра г. Салоники и других официальных лиц антипсихиатры пронесли по периметру зала огромный яркий плакат “Прекратите психиатрическое насилие!” и раздали всем присутствующим свои листовки. Никто им ни в чем не препятствовал.

Наиболее продуктивным, как обычно и бывает на таких Конгрессах, был неофициальный обмен мнениями в кулуарах. В этом, как конечно и в окончательном конституировании новой организации, находят оправдание значительные средства, затраченные на этот Конгресс.

Следующий, второй Конгресс Психиатрической ассоциации Восточной Европы и Балкан решено провести в 2009 году в Москве.

XIX конгресс Всемирной ассоциации социальной психиатрии

21 – 24 2007 г. в городе, который называют сердцем Европы, Праге состоялся XIX всемирный конгресс по социальной психиатрии. Организатор конгресса — Всемирная ассоциация социальной психиатрии была создана в 1964 году проф. Joshua Bierer из Великобритании и несколько лет назад отметила свое 40-летие на Конгрессе в Кобе (Япония), подтвердив, что за эти годы действительно распространила влияние по всему миру.

Одна из главных целей, провозглашенных Ассоциацией, — улучшить психическое, социальное и духовное благополучие человечества, и тема XIX Конгресса — “Меняющийся мир: вызовы обществу и социальной психиатрии” — рассматривалась, прежде всего, с этих позиций. Конгресс проводился в сотрудничестве с Всемирной психиатрической ассоциацией и Всемирной организацией здравоохранения.

Помимо научной программы, участники могли ознакомиться с практической работой пражских учреждений психического здоровья. Для желающих были организованы бесплатные экскурсии в Центр психического здоровья в Праге, а также в дневной

психотерапевтической стационар „Ondřejov“, и психотерапевтическую и психосоматическую клинику.

Научная программа сочетала в себе обсуждение общих тем — выстраивание политики в области психического здоровья, роль социального и культурного контекста, и более конкретных проблем социальной психиатрии — катастрофы и стихийные бедствия, бездомные, высокий уровень насилия и суицидальных действий и т.п. Большое место занимало обсуждение борьбы со стигматизацией и дискриминацией людей с психическими расстройствами, различие подходов в разных странах и роль самих пациентов и их семей. Были доклады о важной роли общественных объединений в организации помощи людям с психическими расстройствами. Специалисты из разных стран делились своим конкретным опытом в решении тех или иных проблем социальной психиатрии.

Российская делегация представила симпозиум “Социальные вызовы и современная психиатрия: российский опыт”. К сожалению, жесткие рамки симпозиума и ограниченное время не позволили полноценно раскрыть заявленную тему. Между тем, влияние новых социальных вызовов на психиатрию и соблю-

дение прав людей с психическими расстройствами — одна из важнейших тем не только российской, но и международной психиатрии. Остается надеяться, что профессиональное российское сообщество уделит до-

статочное внимание обсуждению этой темы на внутророссийских конференциях и встречах и постарается не потерять свои основные ценности в погоне за быстрым реагированием на быстро меняющийся мир.

Баженовские чтения

2006 – 2007 учебный год стал юбилейным для Российского Государственного Медицинского Университета: в этом году ему исполнилось сто лет. Для кафедры психиатрии и медицинской психологии эта дата явилась вдвойне торжественной: наряду со столетием кафедры (в прошлом Московских Высших женских курсов), в этом году исполнилось 150 лет со дня рождения ее основателя и первого руководителя — Н. Н. Баженова. Этим важным событиям была посвящена ежегодно проводимая городская студенческая конференция “Баженовские чтения”. В ознаменование этих дат с докладами выступали не только студенты, но и преподаватели.

“Слово, смысл, образ” — так называлось сообщение, с которым выступил руководитель студенческого научного кружка доцент Б. А. Воскресенский. Отталкиваясь от одного из снов К. Г. Юнга, он предложил оригинальный феноменологический и лексико-семантический подход к диагностическому процессу в психиатрии. Доцент А. А. Шмилович привлек внимание к “Актуальным проблемам психосоматики в общемедицинской практике”. Некоторые клинические аспекты этой проблемы были представлены в сообщениях “Гормоназависимые депрессии у женщин” (студент МГМСУ Г. В. Кустов) и “Психопатологические расстройства у больных с хронической крапивницей” (студентка ММА им. Сеченова М. А. Боброва). Историко-научная составляющая конференции

была представлена в докладе клинического ординатора РУДН В. Ю. Максимкиной “Научные направления кафедры психиатрии и медицинской психологии РУДН” — коллектива, и в прошлом, и сегодня имеющим много профессиональных и дружеских точек соприкосновения с кафедрой-юбиларом. С докладом о взаимодействии культуры и психопатологии выступила студентка РГМУ, А. В. Ялтонская (“Психопатология как социо-культурный феномен”). В наши дни психопатология все настойчивей врывается в культуру, окрашивает все ее стороны, и, производя в ней сдвиги, в чем-то даже определяет ее ход и развитие. Такая “психопатологизированная культура” с одной стороны формирует у обывателя мнение о нечеткости, размытости граней между нормой и патологией, с другой — провоцирует новое оформление психопатологических расстройств. В заключительном слове Б. А. Воскресенский также подчеркнул, что житейское понимание безумия, сумасшествия не имеет ничего общего с пониманием клиническим. Клинические критерии психического расстройства не отменяются и продолжают определять основу клинического мышления, но характерное для нашего времени вторжение психопатологии в жизнь требует от врача еще большего профессионализма, большей тонкости, мудрости.

Л. С. Виноградова

Семинар “Предотвращение суицидов в армии”

5 – 6 декабря Независимая психиатрическая ассоциация России и Фонд “Право Матери” провели семинар “Предотвращение суицидов в армии”, адресованный военным психологам и специалистам по воспитательной работе в армии. Семинар был организован на базе факультета “Государственное и муниципальное управление” Московского городского психолого-педагогического университета, который занимается подготовкой военных психологов.

Это был первый семинар по проблеме предотвращения суицидов в армии, который провели тренеры НПА России — заместитель главного врача Архангельской областной психиатрической больницы, ви-

це-президент НПА России Анатолий Борисович Богданов и специалист в области социального и медицинского менеджмента Игорь Владимирович Назарьин. В 2003 и 2004 году они прошли стажировку в Канаде по международной сертифицированной программе “Оказание помощи при угрозе самоубийства” и с тех пор регулярно обучают специалистов Министерства юстиции, Министерства внутренних дел и других ведомств Архангельской области навыкам первой помощи в таких ситуациях.

В Главном управлении воспитательной работы Минобороны нашлись люди, которые с осторожностью отнеслись к проведению семинара “граждан-

ской организацией”, долго думали, запрашивали дополнительные сведения. Однако потом все же дали “добро” и прислали своего специалиста — старшего офицера Михаила Сергеевича Чусовлянова — “посмотреть”. Специалисту понравилось, и он выразил желание продолжать сотрудничество, сказал, что они готовы организовать еще серию таких семинаров, если НПА и Фонд “Право Матери” возьмут на себя расходы по их проведению.

В первый день участники семинара получили некоторые теоретические знания по проблеме суицидов и отработывали навыки оценки риска суицидальных действий, а во второй — тренировались в оказании помощи конкретным людям, которых сами же изображали в процессе ролевой игры. Работа была разнообразной: и видео-фильмы, и обсуждения в малых группах, и самостоятельная работа по оценке риска

суицидов и тренинг оказания помощи. Все участники семинара оценили его высокую практическую значимость для военных психологов и отметили, что такие семинары нужно проводить в разных регионах страны.

В семинаре участвовали 13 студентов-психологов военной кафедры Университета и 15 работающих военных психологов разных родов войск: внутренних, пограничных, космических. На командировочные расходы Министерство обороны пока поспешилось и прислало, в основном, специалистов из Москвы и Московской области, однако среди участников все же оказались психологи из военных частей Читинской области, Свердловской области и Кургана.

Л. Н. Виноградова

Лиц со статусом неприкосновенности не надо лечить без их письменного согласия?

3 мая 2005 г. четыре психиатра областного психоневрологического диспансера Читинской области были осуждены Черновским районным судом г. Читы за “незаконное” помещение в психиатрический стационар судьи Арбитражного суда. Кассационная инстанция признала данный приговор законным и обоснованным, в удовлетворении надзорных жалоб было отказано.

Психиатры были осуждены за нарушение Закона РФ “О статусе судей Российской Федерации” от 26.06.1992 г., который наделяет судью статусом неприкосновенности. В законе, в частности, говорится: “Судья, задержанный по подозрению в совершении преступления или по иному основанию либо принудительно доставленный в любой государственный орган, если личность этого судьи не могла быть известна в момент задержания, после установления его личности подлежит немедленному освобождению”.

“Распространение указанной законодательной нормы, изначально рассчитанной на случаи административного задержания, на сферу врачебной психиатрической деятельности вступает в существенное противоречие с основополагающими принципами медицины (сущностью медицинской профессии, понятием врачебного долга, взаимоотношениями врача и пациента и пр.). Недобровольная психиатрическая госпитализация является разновидностью медицинской деятельности, именуемой “медицинской помощью” и “медицинским вмешательством”. Если на указанные виды медицинской деятельности полностью распространить действие ч. 5 ст. 16 Закона

РФ “О статусе судей Российской Федерации”, то незаконным видом “задержания” или “принудительного доставления” может оказаться любая медицинская помощь, оказываемая судье без его согласия. Например, судью, находящегося в состоянии диабетической или иной комы, острого нарушения мозгового кровообращения, вследствие чего он неспособен выразить свою волю, нельзя доставлять в медицинское учреждение, ибо подобные действия в соответствии с ч. 5 ст. 16 Закона РФ “О статусе судей Российской Федерации” могут быть квалифицированы как “задержание” или “принудительная доставка в государственный орган” (из письма от имени Пленума Российского общества психиатров).

Читинское дело является оборотной стороной мурманского и рыбинского дела. — В нем пострадавшая сторона — психиатры. Причем психиатры, достойно выполнявшие свой профессиональный долг.

Оказывается, недобровольные меры, принятые по несомненно неотложным медицинским показаниям в отношении лиц, обладающих статусом неприкосновенности, влекут за собой жестокие репрессивные меры, вплоть до лишения права на занятие профессиональной деятельностью. Нелепость этого положения, убийственного для самих неприкосновенных, удручает, удивляться надоело.

НПА России инициировала 7 ноября поддержку Уполномоченным по правам человека в Российской Федерации В. П. Лукиным письма от имени Пленума Российского общества психиатров председателю

Верховного Суда В. М. Лебедеву. 27 ноября получен следующий ответ:

“Уполномоченному по правам человека в Российской Федерации В. П. ЛУКИНУ

Уважаемый Владимир Петрович!

Сообщаю, что в Верховном Суде Российской Федерации рассмотрено одобренное Пленумом Российского общества психиатров 10 октября 2007 года обращение с просьбой дать разъяснения по вопросам, касающимся оказания принудительной медицинской (в том числе психиатрической) помощи судьям и другим лицам, обладающим неприкосновенностью.

Следует признать, что такая проблема действительно существует, и она может быть разрешена только федеральным законодателем путем установления порядка недобровольного медицинского освидетельствования указанных лиц и недобровольной госпитализации их, в частности, в психиатрический стационар.

Поскольку данная проблема касается не только судей, но и других лиц, на которых распространены

гарантии неприкосновенности, представляется, что проект соответствующего федерального закона должен быть разработан с участием депутатов Государственной Думы, а также представителей заинтересованных министерств и ведомств, в том числе Минздравсоцразвития России.

Что касается Верховного Суда Российской Федерации, то он готов направить своих представителей для участия в подготовке такого законопроекта.

С уважением,
А. Я. Петроченков”

Теперь нужно, с одной стороны, добиться пересмотра приговора и реабилитации наших коллег, достойно выполнявших свой долг, а с другой — подготовить законопроект, устанавливающий порядок недобровольного медицинского освидетельствования и недобровольной госпитализации лиц, обладающих статусом неприкосновенности, и лоббировать его рассмотрение в Государственной Думе РФ. Как известно, в нашей стране, спасение утопающих — дело рук самих утопающих.

Апология полицейской психиатрии

Монопольная представленность в СМИ, прежде всего, на ТВ и в правительственном органе — “Российской газете”, позиции Государственного научного центра социальной и судебной психиатрии им. Сербского, в лице Т. Б. Дмитриевой, З. И. Кекелидзе и М. В. Виноградова, используется ими не всегда в лучших целях. Но даже в этих случаях мы получаем ценные свидетельства относительно степени и темпов оносороживания, которое — как всякий регресс на более примитивную стадию развития — неизбежно в условиях монополизма. Очередной такой ступенью стало выступление одного из ведущих сотрудников Центра им. Сербского Виноградова, Михаила Викторовича, чтобы не путать с другими Виноградовыми. Всячески уничижая правозащитное движение советской эпохи, он уверял, что все, побывавшие в стенах его учреждения политические диссиденты действительно были психически больными, и что “сейчас видно, что все они глубоко измененные люди. А нынешние правозащитники ... — их очень мало, да что о них говорить, — и с тоном крайнего жалостливого пренебрежения, — да Вы посмотрите на них”. М. Виноградов не ограничился этими делавшимися уже и ранее заявлениями руководства Центра им. Сербского. Он продемонстрировал качественно новую ступень то ли откровенности, то ли цинизма и бесстыдства, за-

явив по поводу полицейской психиатрии: “Вся медицина — полицейская и должна быть полицейской!..”

Тем самым нам предлагается принять модель действий при особо опасных инфекциях в качестве универсальной, распространив ее на все заболевания, большинство которых принципиально легче, причем без объявления чрезвычайного положения и карантина. Особый шарм этому заявлению придавало то, что оно прозвучало по радио “Свобода” (09.09.2007 г.).

Такова неувыдающая традиция отечественной психиатрии, в которой все ее классики, начиная с отечественного Пинеля — В. Ф. Саблера (1832) были борцами с полицейской психиатрией, но это значит, что всегда было с чем и с кем бороться. Наиболее известными представителями полицейской психиатрии дореволюционной России были И. А. Сикорский (1845 – 1918) и В. Ф. Чиж (1855 – 1914). То, насколько сильно была укоренена эта отрицательная традиция, очень ярко изображено у П. И. Якобия в его “Административной психиатрии” (1900).

А вот один из более поздних примеров. “Посредством активных мер упреждены намерения империалистических разведок и подрывных идеологических центров Запада использовать обострение международной обстановки для инспирирования в нашей стране антисоветских процессов. Решительно пресекалась враждебная деятельность антисоветчиков из

числе сотрудников представительств капиталистических стран, приезжавших в СССР эмиссаров реакционных эмигрантских и других подрывных организаций. Пресечены попытки сколотить антисоветские группы: “рабочая комиссия по расследованию использования психиатрии в политических целях”, “группа содействия выполнению хельсинкских соглашений”, “комитет в защиту прав верующих”, “религиозно-философский семинар”, “свободные профсоюзы”; возродить организационные звенья отщепенцев, группировавшихся вокруг нелегальных изданий “Поиски”, “Хроника текущих событий”, “Евреи в СССР”...

Нанесен ощутимый удар по структуре руководства и нелегальной печатной базе баптистов-раскольников. Ликвидированы экстремистские группировки секты “Свидетели Иеговы”. Вскрыты и ликвидированы созданные церковниками и сектантами 6 нелегальных типографий, 19 печатных точек, более 30 перевалочных баз, складов, переплетных и наборных цехов.

Выявлено и предотвращено 17 попыток группирования военнослужащих на политически вредной основе.

Установлено 1512 авторов и распространителей анонимных антисоветских и клеветнических доку-

ментов”. И т.д и т.п. (Из Отчета о работе Комитета государственной безопасности СССР за 1980 год. См. “Власть и диссиденты. Из документов КГБ и ЦК КПСС — МХГ, М., 2006, с. 236).

11,3 % “анонимов составляют лица психически неполноценные и без определенных занятий... Анализ причин и мотивов изготовления и распространения антисоветских анонимных документов показывает, что разысканные авторы на преступный путь становились в результате политической незрелости, материальных затруднений, связанных с имевшимися в ряде мест перебоями в снабжении населения продуктами питания, из хулиганских побуждений, в связи с психическими заболеваниями, под влиянием антисоветских передач зарубежных радиостанций и, в нескольких случаях, в силу своих враждебных убеждений.

После соответствующей проверки более половины установленных анонимов профилактированы...” (Там же, с. 206 – 207).

Ю. С. Савенко

Дело Андрея Новикова

Психиатрию в политических целях использует власть, а не психиатры!¹ (интервью Ю. С. Савенко корреспонденту “Новой газеты” Галине Мурсалиевой)

Изложение моего комментария принудительного лечения члена Союза журналистов и члена Союза писателей РФ Андрея Новикова в Вашей газете (№ 74, стр. 10) отражает глубину антипсихиатрических настроений в обществе и нуждается в комментарии.

Получилось, что психиатры в угоду властям ставят диагнозы “абсолютно адекватным”, “не нуждающимся в лечении” людям. На самом деле, все значительно сложнее, драматичнее и даже мрачнее в перспективе.

Психиатры не ставили Андрею Новикову какого-то нового диагноза, диагноз, и вполне адекватный, был у него давно, с подросткового возраста.

— Юрий Сергеевич, обратите внимание, что диагноз был ему поставлен в советские годы, принесшие позорную известность карательной психиатрии. А в

годы перестройки Новиков был снят с диспансерного учета.

Было бы неправильным отождествлять “карательную психиатрию” с “советской психиатрией”. До этого никогда не доходило. “Советской психиатрии”, а точнее “отечественной психиатрии советского периода” есть чем и гордиться. Нельзя также отождествлять “снятие с учета” и “снятие диагноза”. С 1993 года “психиатрический учет” вообще не существует. Осталось лишь “динамическое наблюдение”, которое назначается по решению комиссии в случае, если человек страдает “хроническим затяжным психическим расстройством с тяжелыми стойкими или часто обостряющимися болезненными проявлениями”. Новиков таким расстройством не страдал и поэтому был “снят с учета”. В начале 1990-х годов около 1,5 млн. человек были сняты с психиатрического учета, однако это не значит, что у них не было психических расстройств.

Хотя у Новикова был диагноз не болезни, а особенностей личности, но настолько выраженных, что

¹ Полный вариант, сокращенная редакция которого была опубликована в “Новой газете” № 78, за 11 – 14 октября 2007 г., с. 15.

— в соответствии с гуманной и научно выверенной традицией — приравнивается к болезни. Не случайно у него была даже группа инвалидности. Поскольку в таких случаях речь идет не о болезни, то неадекватно говорить и о лечении. “Расстройства личности” не лечатся, а только корректируются в периоды заострения и декомпенсации.

Проблема как раз в том, что и декомпенсации у Андрея Новикова на момент возбуждения уголовного дела не было.

— *Почему тогда его лечили галоперидолом?*

Галоперидол в каплях — превосходный корректор поведения, в такой форме его употребляют даже в пожилом возрасте. Декомпенсация у Новикова возникла в результате самого возбуждения уголовного дела и 43-дневного содержания на стационарной судебно-психиатрической экспертизе в палате, где над ним жестоко издевались бывшие уголовники. Между тем, это было предвидимо, и в его случае вполне можно было обойтись амбулаторной экспертизой.

Проблема в том, что Андрей Новиков не попал бы на экспертизу и в психиатрическую больницу, не будь грубо расширительной трактовки “опасности” в понятиях “экстремизм” (2002 г.) и особенно “профилактика терроризма” (2006 г.) в нашем законодательстве. Ни в одной демократической стране не судят за идеи, тем более высказанные в интернете на своем сайте, и уж подавно находящиеся в личном компьютере, как в случае А. Новикова. Но такие формулировки закона как “пропаганда и распространение идей терроризма” и “профилактика терроризма” (п.п. 2 “е” и 4 “а” ст. 3 Федерального закона “О противодействии терроризму”) в силу отсутствия границ и градаций **автоматически** ведут к широкомасштабному злоупотреблению психиатрией, как в свое время и статья “за клевету на советскую власть” (в 1968 – 1988 гг.).

Власть сама порождает оппозиционеров и тем активнее, чем грубее и прямолинейнее она действует. Так, например, генерала П. Григоренко буквально вытолкнули в общественную борьбу с его любимого профессионального поприща. А вот потомственная в трех поколениях революционерка Валерия Новодворская сознательно избрала метод провоцирования власти как наиболее эффективный. Умная власть не попадает на это. Валерия Ильинична вышла с плакатом “Горбачев — фашист!”. Судебно-психиатрическая экспертная комиссия в ПБ № 1 им. Н. А. Алексеева, в которую по ее требованию с помощью сухой голодовки были включены члены НПА России, не нашла у нее никакого психического заболевания, и ее предпочли отпустить.

В случае Андрея Новикова его талантливые тексты были прочтены буквально, одномерно, примитивно, варварски, людьми, лишенными художественного вкуса или напрочь его игнорирующими. Такие громят художественные выставки и подают иск на Библию (Независимый психиатрический журнал,

2003, 4; 2004, 4). Такие запрещали “Дьяволиаду” и “Собачье сердце”.

Перед нами характерный пример использования психиатрии в политических целях, т.к. объективное судебное разбирательство, по крайней мере в конечном счете, не нашло бы состава преступления в предъявленных Андрею Новикову обвинениях. Но наличие давнишнего психиатрического диагноза позволило решить дело просто наиболее удобным образом. Это показательный пример крайне уязвимого положения людей неординарных, эпатажных, с “расстройствами личности”, попадающих к психиатрам в силу расширительной трактовки понятия “опасности” и ставящих психиатров в положение “козлов отпущения”.

— *Юрий Сергеевич, пожалуйста, объясните, почему психиатры так послушны и почему они согласны на такое вот положение “козлов отпущения”? Почему они не спорят? Почему не говорят: “Нет, в данном случае, вполне достаточно не стационарной, а амбулаторной экспертизы? Нет, этот человек в принудительном лечении не нуждается”. Почему подписывают “приговор” — “социально опасен”?*

На самом деле, психиатры просто презентуют население, но в силу их особой профессии, имеющей дело с самым тонким и деликатным в медицине — душой человека, на них всего виднее происшедшие со всеми перемены. Пожалуй, это самое мрачное в нынешнем пейзаже: очередное массовое оносороживание. Сама общественная атмосфера — питательная среда для этого. Этим и определяется порядок приоритетов. Сейчас извечно мучительно противоречивая для медиков проблема двойной лояльности не вызывает никаких затруднений. Роль служащего своего медицинского учреждения перевешивает гиппократовы заповеди. Но за этим, конечно, еще и грубое администрирование по выстроенной вертикали.

В собственно профессиональном плане, важно подчеркнуть, что никаких диагностических и терапевтических расхождений у меня с психиатрами Ярославля и Рыбинска в отношении Андрея Новикова не было. Поэтому неполное изложение моего комментария в Вашей газете без сделанных выше разъяснений рискует только повредить ему.

— *Разве вы тоже считаете, что Андрей Новиков социально опасен и нуждается в принудительном лечении?*

Не только я, никто из коллег из Ярославля и Рыбинска — участников консилиума — так не считает. Но мы заложники системы с ее инструкциями и стереотипами.

Смысловый эпицентр этой истории — автоматически начинающийся и неизбежный вал таких дел в ближайшем будущем, если не будут срочно четко оговорены критерии опасности, в частности, психопатологические.

— *Какие нужно принять правила в профессиональном сообществе для того, чтобы не вернуться к карательной психиатрии?*

Прежде всего, следует подчеркнуть, что в устах психиатра “социальная опасность” охватывает только его профессиональный, т.е. психопатологический аспект. Конечно, “социальная опасность” этим далеко не исчерпывается, это вообще резиновый термин, но дело как раз в том, что в случаях легких психических расстройств, когда, например, уголовное дело разваливается, традиционный у нас обвинительный уклон, за неимением весомых доказательств, пытается выжать максимум из ссылок на психические расстройства, как нечто такое темное, иррациональное, при котором якобы человек на все способен. За этим стоит расхожее обывательское заблуждение относительно особой опасности психически больных.

Но для профессионала это далеко не так. Для него все определяет конкретный клинический контекст, который позволяет в каждом индивидуальном случае говорить не просто о риске опасности, а рисках агрессивности, суицидальности, виктимности (стать жертвой), деструктивных, авантюрных и других действий. Причем говорить достаточно дифференцированно, с разными вероятностями. Собственно, сам профессионализм состоит прежде всего в знании типовых ошибок в своем предмете и умении прогнозировать различные риски.

Это делается на основании развернутого многомерного клинического диагноза, с указанием синдрома, типа течения, стадии развития, наличия прогрессивности (тенденции к утяжелению), дефекта, его степени и структуры, а также “диагноза” личности и состояния ее компенсаторных механизмов в конкретной для нее жизненной ситуации. Наиболее выразительным примером сложных нелинейных связей и необходимости профессионального участия может служить громадная дистанция между активно выговариваемыми суицидальными намерениями и даже их демонстративными попытками и неброским вынашиванием таких планов, что на порядок опаснее. Но только профессионал вправе на ответственные решения в таких случаях, так как демонстративный истерический фасад нередко сопровождает и тяжелые стойкие психические расстройства. Всякий раз важно суметь оценить глубину этих расстройств в рамках двух из основных типов — импульсивного и бредового или сверхценного. Это касается и риска агрессивных действий, где психиатры рискуют головой. У нас опасная профессия, психиатров убивают.

Наиболее важные характеристики опасности зафиксированы в законе о психиатрической помощи, который впервые предписал опосредовать через судебную процедуру все три градации недобровольных мер: освидетельствование, стационарирование и лечение. Согласно закону, выделяются три типа и одновременно градации опасности:

ст. 29 “а” — непосредственная опасность для себя и окружающих;

ст. 29 “б” — полная беспомощность;

ст. 29 “в” — существенный вред здоровью без оказания психиатрической помощи.

В течении пяти лет, с 1998 по 2003 гг., Государственный центр социальной и судебной психиатрии им. В. П. Сербского инициировал три попытки провести через Госдуму изменения и дополнения в закон о психиатрической помощи, которые существенно сокращали его демократические завоевания 1992 года. В частности, снимали в понятии “непосредственная опасность” определение “непосредственная”, что делало границы опасности резиновыми, открывая дорогу недобровольным мерам в принципиально больших масштабах, профилактически. Такие шаги имеют качественно различный смысл в условиях устоявшихся демократий, где право сакрализовано, где оно над властью, и в странах, где правит не закон, а правят законами. Эти попытки предпринимались сторонниками полицейской психиатрии, т.е. приоритета защиты не психически больных, а от больных, приоритета государства и общества, а не личности. Между тем, в соответствии с моральными традициями, международным правом и нашей собственной Конституцией, приоритет всегда отдается слабой стороне.

Но после того, как удалось не допустить этих изменений, в течение нескольких последних лет 29 статья закона о психиатрической помощи стала толковаться так, словно эти изменения внесены. Непосредственной опасностью стали называть громко заявляемые претензии, как в случае Ларисы Арап, назойливые приставания, как в случае Елены Поповой, и, наконец, эпатажные тексты в личном компьютере, как в случае Андрея Новикова. Опасностью стали называть: участие в акциях протеста, голодовки протеста, реакции протеста против неожиданно и грубо используемых недобровольных мер, т.е. провоцируя сопротивление, и т.д. и т.п. Уже появилось сообщение о приглашении в ПНД за письмо Президенту, как встарь, когда самым простым способом попасть в психиатрическую больницу было послать телеграмму Брежневу. Безопасность и, прежде всего, госбезопасность, уже превратились в идею фикс: “информационная безопасность”, “психологическая безопасность”, “духовная безопасность”! Уже достаточно заявления соседей или сослуживцев для избыточных профилактических мер, отрицательные последствия которых не обсуждаются. Все это создает психиатрии и психиатрам отпугивающий образ.

Наконец, особняком стоят судебно-психиатрические случаи, т.е. когда люди с психическими расстройствами совершают различные правонарушения. Между тем, здесь часта коллизия вынесения судами определения о принудительном лечении, когда такое бессмысленно в силу кратковременности психического расстройства, и людей держат минимум по

полгода в больнице, вопреки собственным декларациям о неуместности пропорциональной связи между характером деяния и сроком лечения.

В спорах с коллегами — сторонниками полицейской психиатрии — хорошо видно, что каждый из нас отталкивается от своего конкретного опыта: судебные психиатры часто имеют дело с убийцами, мы — с общественными деятелями, подвергшимися репрессиям. Отсюда следует необходимость всякий раз конкретного анализа, а не следования каким-то жестким односторонним установкам, и недопустимость отры-

ва судебной психиатрии от общей психиатрии, что уже произошло в нашей стране. В результате, уровень судебной психиатрии значительно упал, многие судебно-психиатрические экспертные акты не выдерживают никакой критики, не выполняют даже инструкции по написанию экспертного заключения. — Это прямое следствие полного монополизма и огосударствления судебной психиатрии, несвоевременного выделения ее в особую, чисто государственную профессию. Такого не было даже при советской власти.

Политическая цензура — не дело психиатров

6 ноября, по представлению НПА России, Уполномоченный по правам человека в Российской Федерации В. П. Лукин направил Генеральному прокурору России Ю. Я. Чайке курьерской почтой письмо (ВЛ 34 905 – 11) с приложением Обращения от имени НПА России.

“Уважаемый Юрий Яковлевич! Проблема, обсужденная на Пленуме Российского общества психиатров, заслуживает, на мой взгляд, серьезного и пристального внимания.

Последнее время ряд психиатров предпринимает попытки выйти за пределы своих профессиональных полномочий и самостоятельно определять наличие или отсутствие социальной опасности своих пациентов. Это может привести к крайне отрицательным последствиям как для них самих, так и для репутации страны.

Прошу Вас в оперативном порядке высказать суждение Генеральной прокуратуры России по данному вопросу. С уважением В. П. Лукин”

“Уважаемый Юрий Яковлевич! В течение последних месяцев в международных СМИ (Франция, Британия, Германия, США и др.) сохраняется настоящий ажиотаж в отношении якобы возобновления в России использования психиатрии в политических целях.

Крайне важно на первых же делах, возбудивших этот ажиотаж, пресечь его адекватными мерами, а не простым отрицанием.

Дело Ларисы Арап в Мурманске изначально не было политическим, но стало таковым в силу прямой контрреакции руководства местной психиатрической службы на развернутую кампанию в СМИ по обвинению в незаконной госпитализации. Вмешательство комиссии Уполномоченного по правам человека в Российской Федерации позволило предотвратить дальнейшее нарастание напряженности. По инициативе Всемирной психиатрической ассоциации, выразившей свою озабоченность данным случаем, Пленум Российского общества психиатров

10 октября 2007 г. с участием Независимой психиатрической ассоциации России обсудил данный вопрос и пришел к выводу о необходимости разработать строгое определение понятия “опасность лиц с психическими расстройствами, требующая недобровольного стационарирования в психиатрический стационар” и “социальная опасность” в клиничко-психопатологическом смысле слова. Это важный шаг на пути предотвращения использования психиатрии в немедицинских целях.

Однако в данный процесс вовлечены не только психиатры, но и работники правоохранительных органов, прокуратура и суд. Тревожным примером здесь является дело Андрея Новикова в Рыбинске. Талантливый член Союза писателей и Союза журналистов России в свои 40 лет остался этапажным подростком до такой степени, что имеет 2 группу инвалидности по психическому заболеванию, но никогда никакой социальной опасности не представлял. Тексты, послужившие основанием для возбуждения против него уголовного дела по ч. 1 ст. 280 УК РФ, нигде не были опубликованы, не висели на его сайте, а были сняты с личного компьютера, т.е., не было состава преступления, но обращение к психиатрии позволило уже более 9 месяцев лечить его стационарно, хотя от амбулаторного лечения он не отказывался. Это очень жестоко, т.к. над такими, как он, окружающие издеваются.

В ноябре предстоит комиссия по переосвидетельствованию Новикова, которая рассмотрит возможность подачи в суд заявления об изменении меры принудительного характера и выписки Новикова из стационара на поддерживающую амбулаторную терапию. По мнению комиссии психиатров, осмотревшей Новикова 5 сентября с моим участием, Новиков в настоящее время не нуждается в стационарном лечении и не представляет социальной опасности. Было бы крайне важно, чтобы суд согласился с мнением психиатров и вынес соответствующее решение. Здесь важна позиция прокурора. Это лишило

бы кампанию по возобновлению использования психиатрии в политических целях в нашей стране всякой реальной почвы.

Чрезвычайная серьезность проблемы состоит в том, что сейчас создались условия для автоматического возникновения множества подобных дел с неизбежным мощным резонансом и т.п. Прокуратура могла бы наиболее оперативным, решительным и эффективным образом скорректировать чрезмерное рвение некоторых чиновников с узким горизонтом. Президент НПА России Ю. С. Савенко”

Следует подчеркнуть, что по данной проблеме мы достигли единодушия не только с рыбинскими и ярославскими коллегами, в частности, проф. Е. А. Григорьевой, но и с руководящими сотрудниками Минздравсоцразвития России А. С. Карповым и Б. А. Казаковцевым. На Пленуме Российского общества психиатров 10 октября в рамках ежегодной Всероссийской конференции планировалась атака на нашу позицию и мне при входе в зал было вручено анонимное письмо с шантажным “компроматом” на одного из моих помощников. Это не помешало нам осветить не только мурманское, но и рыбинское дело, что встретило поддержку аудитории, обобщенную проф. В. Н. Красновым и акад. Т. Б. Дмитриевой. Последняя тут же предложила создать комиссию по строгому определению понятия опасности с участием НПА России.

14 ноября состоялось освидетельствование Андрея Новикова комиссией врачей Рыбинской психиатрической больницы под председательством проф. В. А. Григорьевой. Комиссия приняла решение ходатайствовать перед судом о переводе А. Новикова на принудительное амбулаторное лечение. 6 декабря Рыбинский суд удовлетворил это ходатайство. Но выписка из больницы осуществляется только спустя 10 дней, по истечении срока кассации. 19 декабря А. Новиков вернулся домой.

Дело Андрея Новикова показало, что усилия ответственности в деле Ларисы Арап не пропали даром. Если в Мурманске давление местной администрации на врачей, с которым мы тоже достигли единодушия, поставило на судебном заседании местные интересы выше профессиональных и даже престижа страны, то

теперь, видимо благодаря и этому опыту, судебное решение всех удовлетворило. То, как важны региональные условия, подчеркнул на Пленуме РОП А. С. Карпов. Оказывается, показатель недобровольной госпитализации в Мурманской области — из наихудших по стране: 36 %.

То, что вынес Андрей Новиков, поспособствует, наконец, более взвешенному использованию понятия “социальная опасность”, по крайней мере, психиатрами. Что касается менталитета власти, то он нашел свое отражение в следующих строчках постановления Рыбинского суда: *“...Отсутствие явной продуктивной психотической симптоматики, формально упорядоченное поведение, наличие социально приемлемых планов на будущее, достаточной критики к совершенному правонарушению, делают его на данный момент не опасным для окружающих. Однако, учитывая характер совершенного деяния, характер заболевания, его продолжительность во времени, данные о неустойчивости его социальной адаптации в прошлом, двойственное отношение к лечению и характеру литературной деятельности, говорят о необходимости контроля и поддержки со стороны психоневрологического диспансера, а также о продолжении медикаментозной терапии...”*

Итак, “опасным для окружающих” Андрей Новиков был “характером своей литературной деятельности”. Это ли не признание политического характера его дела?!

Но проблема: как быть с такими делами правозащитникам? Раскручивать международный скандал как в деле Ларисы Арап (Мурманск) или довольствоваться скорейшей выпиской, как в деле Андрея Новикова (Рыбинск) и Е. Поповой (Москва)? В конце концов, скандал с Ларисой Арап помог и Новикову, и Поповой. Но тем, кто не занимается политикой, не нужны политические дивиденды. Главным для нас является модус поведения власти по отношению к нашим пациентам, к психиатрии и психиатрам, ее вмешательство в профессиональную автономию, недопустимость использования психиатрии в немедицинских целях.

Ю. С. Савенко

Террористический вальс

Андрей Новиков

Террористы — не жертвы для контртеррористических структур, но активная сила, наносящая контрудары.

(Все изложенное ниже представляет не рекомендацию, а лишь анализ борьбы, изложенный в публицистической форме).

Стало очевидным, что контртеррористические структуры представляют большую опасность для нашего общества, чем сами террористические организации.

Они отдают приказ о штурме и убивают больше народа, чем террористы. То есть сама по себе их деятельность — это терроризм.

Единственный выход в этих условиях — это *бороться против самих контртеррористов*. Мы называем эту стратегию антитеррором и хотим изложить ее объективную логику, — уже потому, что она представляется нам неизбежной.

Подчеркиваем, все изложенное представляет собой не призыв к войне, а лишь анализ развития войны, одного из ее сценариев.

Итак, с точки зрения объективной логики борьбы, *следует брать в кольцо тех, кто окружает террористов*. За одним кольцом нужно выстраивать еще одно, окружающее уже контртеррористические структуры. То есть получается слоеный пирог: “педералы” берут в кольцо террористов, а резерв террористов берет в кольцо педералов.

Для этого не нужны большие войска, для этого нужна лишь слаженная работа террористических подразделений, наносящих агрессорам удары в самых неожиданных местах.

Например, можно, — с точки зрения объективной логики борьбы, — воздействовать на *родственников* контртеррористов, особенно на их начальников. Брать их в заложники. (Это не призыв, а анализ объективной логики борьбы). Пытать их так же, как они пытаются родственников террористов. Предпринимать серию возмездий. Объяснять этим родственникам, что их отцы убивают людей на Северном Кавказе, да теперь уже и во всей России. Что антитерроризм — большее зло, чем сам терроризм.

Тем самым подцепив антитеррористические службы российского государства “на крючок”, можно сделать их *зависимыми от общественного мнения*. Этим

будет внесен разлад в их деятельность. В конце концов, все они — просто люди, обыкновенные люди. Увы, образ их в нашем российском сознании героизирован и окружен тайной. Сорвите с них маску!

Нужно, чтобы они не действовали безнаказанно, не отдавали дурацкие решения о штурме, зная, что их назовут убийцами и карателями.

Во время же самих террористических актов нужно нападать на контр-террористические структуры, их оперативные штабы, путем дерзких контратак и захватов заложников из числа их самих. Например, во время дерзкой операции можно — при удачном развитии — захватить в заложники даже директора ФСБ, или кого-нибудь еще. А ведь нередко появляется и сам президент!

Бой вокруг теракта — это возможность действия для *обеих* сторон. Я бы сказал, это идеальное место для встречного штурма перед врагом, который даже не подозревает об этом. Если у отряда террористов есть заложники и он сам по себе большой, то отряд может раздробляться, как амеба, на несколько подгрупп, увозя с собой группы заложников, занимая ключевые объекты в городе. Он может делиться на десятки отрядов, увеличивая *дробность терактов* и, следовательно, затрудняя действия сотрудников спецслужб.

Обратим внимание на время.

Террористы не должны следовать за антитеррористами. Последние обычно высидивают двое суток, а потом — методом провокаций — начинают штурм. Рано или поздно они все-равно его начнут. Так стоит ли упускать время? Может быть, действовать первыми? Не сидеть два дня в духоте, а производить рекогносцировку, передвижения. Знаете, как конница степняков атаковала когда-то пешую дружину в степи: она окружала ее и начинала вращаться вокруг нее как водоворот. А потом вдруг атаковала. Ни в коем случае нельзя позволить российским спецслужбам вести себя, как татарская конница.

Террористы не должны сидеть под вентиляторами, а должны двигаться и чуть ли не разгуливать по городу, прикрываясь заложниками, не меньше, чем

контртеррористы. Иначе им каюк будет. Чем изобретательнее будут террористы, тем будет лучше — с точки зрения объективной логики борьбы. Ведь цель террористической группы — как всякого диверсионного отряда — произвести как можно больше поражения в тылу врага и погибнуть. К сожалению, выживаемость террористических отрядов в современных операциях равна нулю. А раз умирать — то с боем! Захватывать как можно больше лиц! Действовать дерзко и стремительно! Постоянно передвигаться и не давать застать врасплох! Контратаковать неприятеля (Я рассуждаю сейчас условно, как в шахматной игре, с

точки зрения одной из сторон). Предпринимать одновременные акции в других городах.

А две-три одновременных теракты — таких же мобильных — в соседних городах? Это уже “теракт на колесах”. Перекати-поле. Теракт, равный бою, который трудно локализовать. Нужно деморализовать власть и общество, причем в короткий промежуток времени, когда та готовится “мочить” вас. Сушите ее, сушите! Сушите ей мозги.

Синхронное проведение терактов, особенно в период, когда проводится “заглавная” акция, может обеспечить психологический эффект.

Состоится ли захват Кремля?

Почти каждую неделю или каждый месяц мы слышим, как новая банда боевиков прорвалась в Дагестан. С войной — дисперсионной молекулярной войной, в которой взрывается каждый атом по отдельности и в результате повышается общая температура, — справиться так и не удалось.

Я был среди тех аналитиков, которые предсказывали именно этот вариант событий. И он произошел. Военная оккупация Чечни гигантской армейской группировкой ничего не решила, и мы имеем продолжение войны в малых формах.

И я все чаще думаю: если отряды боевиков способны вот так захватывать высокогорные деревни в Дагестане, то есть ли гарантия, что отряд в тысячу моджахедов-смертников однажды не попытается захватить Кремль? Или Эрмитаж? Или что-либо еще?

Пока что в Москве действуют одиночки-смертники. Но в ней может собраться — как ручейки, образовав водопад, — очень сильный отряд боевиков, до полка включительно и с разных сторон атаковать лю-

бое учреждение. Вот Останкинскую башню, к примеру. Или офис ВГТРК на Шаболовке, — он совершенно, между прочим, не охраняется.

В провинциальных городах объектами атаки могут стать городские администрации, в которые может зайти кто угодно. Если в России одновременно взорвется двести администраций и будет атакована Останкинская телебашня, а группа моджахедов подорвет себя во время туристической прогулки по московскому кремлю, если будет уничтожена гранотометами “Комсомольская правда” и Радио России, то мы получим эффект, — в моральном отношении — почти равный 22 июня 1941 года, когда фашистские самолеты уже в 4 утра бомбили Киев и Москву. Это будет равносильно нападению на целое государство!

России может уже сейчас нанесен удар по самое горло, деморализована вся общественная и политическая обстановка в стране.

Реки сольются в одну могучую реку...

ПОСМЕЕМСЯ ВМЕСТЕ



* Продолжаем публиковать коллекцию адресов входящей корреспонденции, собранную Ю. Н. Аргуновой во время ее работы в ГНЦ социальной и судебной психиатрии им. В. П. Сербского (Москва, Кропоткинский пер., 23). Начало см. НПЖ, 2006, № 3, 4; 2007, № 1, 3.

г. Москва
Кропоткинский пер. 23
Сердюкову В. П.



Куда г. Москва в сер
научно судебной
специспытательной
институт имени
профессора Сербова



Куда г.р. Москва 103
Институт имени
Сербова
 Кому Регистратору



Куда г. Москва Научно-
исследовательский институт
экспертизы им Сербо-
ва
 Кому Коропаченко
доктору

А В И А

Москва
Бережковская
 Куда 23 Центральной
научной исследователь-
ской институт судебн
 Кому до психотерапевт
профессор Сербова
ректору института



Куда Москва
Судбно психотерапевти-
ский институт пропстиме
ский переулок 23
 Кому Зайцеву
Игорю



Куда г. Москва
институт им
Сербова (ПЭИ)
 Кому в отделе имени
Кружников



Куда Москва
Кротовицкий пер, 23
Сербова институт
наб. Следственной
отдел.

Заказное
письмо



Куда г. Москве
Кротовицкий переулок
д 23 Институт им Сер
 Кому Серобов
бу институт судебной экстр
тизы.

РЕКОМЕНДАЦИИ

- Альберт Эйнштейн.* Обрести достоинство и свободу. — Иерусалим — Москва, 2006
Хосе Мария Вегас. Основы христианской этики. — СПб., 2007
Хосе Мария Вегас. Ценности и воспитание. // Критика нравственного релятивизма. — СПб., 2007
Мартин Грабманн. Введение в “Сумму теологии” св. Фомы Аквинского. — М., 2007
Бертран Рассел. Введение в математическую философию. — Новосибирск, 2007
Бертран Рассел. Избранные труды. — Новосибирск, 2007

* * *

- П. А. Кропоткин.* Взаимопомощь как фактор эволюции. — М., 2007
П. М. Зиновьев. Душевные болезни в картинах и образах. Психозы, их сущность и формы проявления. — М., 2007
160-й Конгресс АПА // Российский психиатрический журнал, 2007, 5, 90 – 93
Говард Гарднер. Структура разума. Теория множественного интеллекта. — М. — СПб. — Киев, 2007

* * *

- Г. П. Бейкер, П. М. С. Хаккер.* Скептицизм, правила и язык. — М., 2008
Юрий Степанов. Концепты. Тонкая пленка цивилизации. — М., 2007
А. И. Костяев. Ароматы и запахи в истории культуры. — М., 2007
Владимир Голяховский. Развитие западного интеллектуализма. — М., 2007
Умберто Эко (ред.). История уродства. — М., 2007
Жорж Батай. История эротизма. — М., 2007

* * *

- Стивен Хокинг.* Мир в ореховой скорлупке. — СПб., 2007
Стивен Хокинг и Роджер Пенроуз. Природа пространства и времени — СПб., 2007
Гуго Штейнгауз. Математика — посредник между духом и материей. — М., 2005
Никола Витковски. Сентиментальная история науки. — М., 2007

* * *

- Ян Длугош.* Грюнвальдская битва. — СПб., 2007
Жозеф де Местр. Четыре неизданные главы о России. Письма русскому дворянину об испанской инквизиции. — СПб., 2007
Из записок князя Адама Чарторыйского. Русский двор. 1795 – 1805 гг. — М., 2007
Георгий Соломон (Исецкий). Среди красных вождей (1898 – 1923). — М., 2007
Виталий Шентолинский. Преступление без наказания. — М., 2007

* * *

- Фридрих Ницше.* Письма. — М., 2007
Звучащие смыслы. — СПб., 2007
Атле Нэсс. Эдвард Мунк. Биография художника. — М., 2007
Людмила Бояджиева. Дитрих и Ремарк. — М., 2007

* * *

- Хаймито фон Додерер.* Убийство, которое совершает каждый. — СПб., 2006
Макс Брод. Пражский круг. — СПб., 2007
Говард Фаст. Мои прославленные братья Маккавей. — М., 2007
Джоньитиро Танидзаки. Дневник безумного старика. — СПб., 2006

The Place of Culture in Forensic Psychiatry¹

Laurence J. Kirmayer, Cécile Rousseau, Myrna Lashley (Montreal, Quebec, Canada)

Members of multicultural society must all be subject to the same equitable system of justice. However, cultural experts profound influences on human behavior, and cultural considerations have a place in determinations of capacity and in appropriate sentencing. Cultural psychiatry can contribute to forensic psychiatry by helping to contextualize individuals' actions and experiences. This contextualizing can be done through cultural consultations that employ interpreters and culture brokers to identify the role of culture in individuals' psychopathology. Clarifying how cultural background has affected individ-

uals' capacity to form a criminal intent or control their behavior may allow a better determination of level of culpability and guide appropriate sentencing. However, framing behavior as culturally influenced may also stereotype and stigmatize specific groups. To avoid this, culture must be understood in terms of power relationships between minority groups and the dominant society. Cultural factors are not only relevant to the experience of specific groups but pervade the entire judicial system shaping the process of moral and legal reasoning.

Alexithymia: Predictor, Sign of Psychosomatization or Personal Characteristics

I. E. Sekoyan (Erevan, Armenia)

The phenomenon of alexithymia is being considered predominantly as the predictor and the sign of psychosomatic pathology of emotional disorder associated with anxiety and depression as the component of post-stress disorders and psychopathological syndromes as well as peculiar personal characteristics. On the basis of existing notions on dual nature of mechanisms representing foundations of the phenomenon alexithymia and including right cerebral hemisphere (affective) and left cerebral hemisphere (cognitive) components, its I and II types

have been singled out. Described for the first time P. E. Sifneos phenomenon of alexithymia includes weakened ability for adequate awareness, reconstruction and verbalization of emotions. Wider characteristics of alexithymia means difficulty in living differences between feelings and somatic sensations, poorness of fantasy and imagination, greater attention to external events than to inner feelings, inadequately differentiated subject – object relations.

Pathological Metamorphoses of “Ego” and Crises of Development of Personality

S. S. Khudoyan (Erevan, Armenia)

The article deals with the problem interconnection of age crises and psychopathological phenomena. The author puts forward a hypothesis according to which some forms of delusion disorders (delusion of metamorphosis in childhood, delusion of megalomania) as well as disorders of sex identity are conditioned by crises of development which combined with reorientation of self-consciousness (crises of 11 – 15 and 25 – 30 years of age).

During those periods Ego-concept of personality as a subject of definite activity (specific, sexual and social) is being formed. With self-denial Ego-concept a person can reincarnate into an image, which doesn't correspond to his objective Ego (in childhood into image of an animal or inanimate object, in adolescence – into image of opposite sex, after 20 – 25 years of age into image of an outstanding personality).

¹ The Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law 35: 98 – 102, 2007.

ISSN 1028-8554

НЕЗАВИСИМАЯ ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ АССОЦИАЦИЯ РОССИИ
INDEPENDENT PSYCHIATRIC ASSOCIATION OF RUSSIA

**НЕЗАВИСИМЫЙ
ПСИХИАТРИЧЕСКИЙ
ЖУРНАЛ**

**INDEPENDENT
PSYCHIATRIC
JOURNAL**

**ВЕСТНИК НПА
IPA HERALD**

IV

2007

МОСКВА

**СПЕЦИАЛИСТЫ
НЕЗАВИСИМОЙ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ АССОЦИАЦИИ РОССИИ**

ведут прием граждан

**по вопросам нарушения прав лиц с психическими расстройствами
и их родственников**

(общественная приемная):

по средам — с 13 до 17 час.

Москва, Большой Головин пер., д. 22, стр. 2, МХГ

М. “Сухаревская”

Комиссия специалистов (по предварительному назначению)

работает по вторникам с 16 до 20 час., там же.

Телефон для справок: (495) 221-4163; факс: 221-4162; E-mail: info@npar.ru

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

Российский исследовательский центр по правам человека.

ПРИНИМАЮТСЯ ЗАКАЗЫ НА ИЗДАНИЯ НПА РОССИИ:

Артур Кронфельд

**СТАНОВЛЕНИЕ СИНДРОМОЛОГИИ И КОНЦЕПЦИИ ШИЗОФРЕНИИ
(работы 1935 – 1940 гг.)**

М., 2006, 758 стр., (тираж ограничен)

*Это заветное чтение наших лучших клиницистов,
содержащее грандиозную панораму столкновения различных подходов,
становление клинико-психопатологического анализа
и обоснование нозологии на таком уровне понимания,
который оставляет далеко позади ее современную критику*

Ю. Н. Аргунова

**ПРАВА ГРАЖДАН С ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ
Вопросы и ответы — М., 2007**

*Издание второе, переработанное и дополненное
(вдвое расширенное издание с учетом изменений по январь 2007 г.)*

ЗАЯВКИ на издания НПА направлять по адресу:

119602, Москва, Олимпийская деревня, д. 15, кв. 61.

Аргуновой Юлии Николаевне

ПРОДАЖА

в газетном киоске издательства «Новая газета» у выхода из метро «Чеховская»

«НЕЗАВИСИМЫЙ ПСИХИАТРИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ»

Индекс для подписчиков: 73291

- 1991, I: Устав НПА — Антипсихиатрия сегодня — О психической заразительности.
- 1992, I-II: Проблема предмета советской психиатрии — Начальное бредообразование — Затухание бреда — Доклад комиссии ВРА о визите в СССР в 1991 г.
- 1992, III-IV: Герои и антигерои советской психиатрии — Дело генерала Петра Григоренко.
- 1993, I-II: Интрацепция и ипохондрия — Проблема идентификации — Практика и техника психоанализа.
- 1993, III-IV: Взгляд на амер. психиатрию XX в. — Границы sch.
- 1994, I: Нелекарственная терапия психозов — Выбор приоритетов — Типология деперсонализации.
- 1994, II: О бреде — Феноменология меланхолии.
- 1994, III: Деят. НПА за 1989–1993 гг. — Ответствен. за незаконное стационарирование — Врач. тайна — О школе Столбуна.
- 1994, IV: Психоанализ в противоречиях — Биографический метод — Терапия смыслоутраты.
- 1995, I: О вялотекущей шизофрении — О диагностике — Митрополит Антоний о медицинской 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. психоанал. — Психиатрия — 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.
- 1996, II: Ясперс (2) — Психиатрия и нейрофизиология — Психиатрия в III Рейхе/ГДР и СССР/России — Обращение в Думу и Правительство.
- 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 — Ответ д-ру С. Глузману.
- 1997, II: Предложения к Закону — Метод идеальных типов — Новая парадигма. II — Психиатрический ГУЛАГ.
- 1997, III: Сто лет психоанализа — Новая парадигма. III — Психиатрия и религия.
- 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: Деятельность НПА в 1997 г. — Развитие психиатрической помощи в России — Основы этических стандартов 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: Концепция психопатологического диатеза — Полемика о путях борьбы с наркоманиями — Психиатрия и религия — Курт Гольдштейн: Принцип целостности.
- 1999, I: Курт Шнайдер. Религиозная психопатология (1) — Психотерапия — Экспертиза “Свидетелей Иеговы” — Басня о психотронном оружии.
- 1999, II: Шнайдер (2) — Социальная психиатрия — Психотерапия — Всероссийский семинар к 10-летию НПА.
- 1999, III: Шнайдер (3) — Тенденции российской психиатрии — Экспертиза сайентологов.
- 1999, IV: Кризис современной психиатрии — ЭЭГ при молитве и голодании — Психиатрия и религия — Дело Платона Обухова — Этика экспертизы.
- 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).
- 2000, III: Критика МКБ-10 — Психофармакология — Социальная и судебная психиатрия — Дело Шмита (2).
- 2000, IV: X-ый съезд НПА России: Проблема доверия — Обсессивный синдром — Опасные действия больных — Ганнушкин — Зейгарник — XIII съезд психиатров России.
- 2001, I: X съезд НПА России — проблема доверия — Дискуссия о судебно-наркологической экспертизе — Парадоксы невменяемости — Концепция “промывания мозгов” — фальшивка ЦРУ — Об экспертизах саентологов и иеговистов.
- 2001, II: Экзистенциальный анализ восприятия князя Мышкина — Психопатол. диатез — О психич. здоровье и состязат. эксп. — Экспансия идеологии на психич. здоровье.
- 2001, III: Крепелин — Нет — метадону — Признаки упадка психиатрии (1) — Эпическая терапия — Дело Столбуна.
- 2001, IV: Кронфельд — Психология в психиатрии — Признаки упадка отечественной психиатрии (2) — Положение психически больных в регионах России — Психиатрия и религия.
- 2002, I: Русский Пинель — Саблер — Кронфельд — Врачебная тайна — Письмо из Бутырок.
- 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.
- 2003, III: Ясперс — Ануфриев — Критика поправок закона — Эксп. Буданова 4.
- 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.
- 2005, II: Папа Иоанн Павел II — Конфликт интересов — “Обоснование” упразднения негосуд. СПЭ.
- 2005, III: II мировая война — Расстройства памяти — О Ясперсе.
- 2005, IV: 15 лет НПА — Диагностич. системы — Лат. формы антипс. — Рекур. sch. — Съезды ВПА и РОП — О Ясперсе.
- 2006, I: Крамер, Снесарев — Феноменологич. подход — Главн. пробл. психопатологии.
- 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. — Реформы — Группы поддержки.

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 (495) 221-4163

Адрес для корреспонденции: 101000, Москва, Лучников пер., 4.

Российский исследовательский центр по правам человека. НПА России