

ISSN 1028-8554

НЕЗАВИСИМАЯ ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ АССОЦИАЦИЯ РОССИИ
INDEPENDENT PSYCHIATRIC ASSOCIATION OF RUSSIA

**НЕЗАВИСИМЫЙ
ПСИХИАТРИЧЕСКИЙ
ЖУРНАЛ**

**INDEPENDENT
PSYCHIATRIC
JOURNAL**

**ВЕСТНИК НПА
IPA HERALD**

II

2011

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

**Журнал включен в перечень ведущих рецензируемых журналов и изданий (981),
рекомендованных ВАК РФ для публикации основных научных результатов диссертаций
на соискание ученых степеней кандидата и доктора наук.**

Сдано в набор 28.05.2011. Подписано в печать 31.05.2011. Формат 60×84 1/8.
Бумага типографская офсет № 1. Гарнитура “Таймс”. Печать офсетная.
Тираж 1000 экз. Заказ № 2011-02-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

100-ЛЕТИЕ ДЕЛА БЕЙЛИСА И ПСИХИАТРИЯ	5
АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ПСИХИАТРИИ И НАРКОЛОГИИ	
Кризис научной рациональности как культурный фон возникновения и развития антипсихиатрии (часть 2) — П. Д. Тищенко.	9
Доводы антипсихиатров как импульс развития психиатрии — Ю. С. Савенко.	15
Неадекватность унитарной концепции депрессивного синдрома — Ю. С. Савенко	18
КЛИНИЧЕСКИЕ РАЗБОРЫ	
Трансексуализм или шизофрения? А были ли основания для смены пола? — ведущий А. О. Бухановский, врач-докладчик Н. В. Спиридонова	23
ИЗ КЛАССИЧЕСКОГО НАСЛЕДИЯ	
Йозеф Берце (Вена) — Психология шизофрении (часть IV)	33
ПСИХИАТРИЯ И ПРАВО	
Институт недееспособности: первые шаги реформы законодательства. Поддержка позиции НПА России Конституционным Судом РФ — Ю. Н. Аргунова	40
Автономия воли недееспособного гражданина в решении социальных и медицинских вопросов — Дмитрий Баргенов (Санкт-Петербург)	48
ИЗ ДОСЬЕ ЭКСПЕРТА	
“Возьмите меня в дочки!” — как основание социальной опасности и недееспособности	52
СУДЕБНАЯ ПСИХИАТРИЯ	
Функциональная проба для существующей судебно-психиатрической теории и практики и её результаты — В. А. Пехтерев (Донецк, Украина)	64
Матери, убившие своих детей. Современное состояние проблемы в судебной психиатрии — Б. В. Русина (Воронеж).	71
Обзор избранных публикаций Журнала Американской академии психиатрии и права (2010, 3, 4) — В. В. Мотов (Тамбов).	76
ПСИХОТЕРАПИЯ	
Случай клинической психотерапии тревожного расстройства личности с преобладанием ипохондрии — А. С. Иговская	85
С ФОРУМА НПА РОССИИ	
Судебная проверка обоснованности решения органа опеки и попечительства о помещении недееспособного лица в ПНИ — А. Г. Устинов	91
ХРОНИКА	
Генеральная прокуратура РФ дает ход обращению НПА России по поводу создания службы защиты прав пациентов психиатрических стационаров	94
Региональный конгресс ВПА в Ереване	96
Реформирование института недееспособности: от социальной изоляции — к защите прав недееспособных граждан	96
Поездка в Грозный	97
РЕКОМЕНДАЦИИ	99
АННОТАЦИИ	100

CONTENT

120 YEARS OF BEILIS CASE AND PSYCHIATRY	5
URGENT PROBLEMS OF PSYCHIATRY	
Crisis of scientific rationalism as a cultural background of emergence and development of anti-psychiatry (part 2) — P. D. Tischenko	9
Arguments of antipsychiatrists as impetus for development of psychiatry — Yu. S. Savenko	15
Inadequacy of unitary concept of depressive syndrome — Yu. S. Savenko	18
DISCUSSION OF A CLINICAL CASE	
Transsexualism or schizophrenia? Did the grounds for gender reassignment really exist? — A. O. Bukhanovsky, N. V. Spiridonova	23
FROM THE CLASSIC HERITAGE	
Josef Berze (Vienna) — Psychology of schizophrenia (part 4).	33
PSYCHIATRY AND LAW	
Institute of legal incapacity: the first steps of reform of legislation. Support of the IPA of Russia’s position by the RF Constitutional Court — Yu. N. Argunova	40
Autonomy of legally incapable citizen’s will in solving of social and medical questions — D. G. Bartenev (Saint-Petersburg).	48
FROM AN EXPERT’S DOSSIER	
“I want to be your daughter!” — as a ground for evaluation of social danger and incapability	52
FORENSIC PSYCHIATRY	
The functional test for existing forensic psychiatric theory and practice and its outcoming results — V. A. Pehterev (Donetsk, Ukraine)	64
Filicidal mothers. Analysis of the current state of knowledge in forensic psychiatry — B. V. Rusina (Voronezh).	71
Review of selected articles from the Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law, 2010, 3,4 — V. V. Motov (Tambov)	76
PSYCHOTHERAPY	
Case of clinical psychotherapy of anxiety disorder of personality with predominance of hypochondria — A. S. Igovskaya.	85
FROM THE IPA’S FORUM	
Court control over the relevance of guardianship agency’s decision of placement of a person to psychoneurological hostel — A. G. Ustinov	91
CHRONICLE	
General Prosecutor Office introduces the IPA’s appeal on creation of a service for patients’ rights protection.	94
The WPA regional Congress in Yerevan	96
Reform of institute of legal incapacity: from social isolation to protection of legally incapable people’s rights	96
Trip to Groznyy.	97
RECOMENDATIONS.	99
ABSTRACTS	100

100-ЛЕТИЕ ДЕЛА БЕЙЛИСА И ПСИХИАТРИЯ

“Сикорский и Чиж были наиболее яркими представителями той части петербургской школы, которая отделяла науку от общественной жизни. Они были в общественной жизни царскими чиновниками, не отказывающимися от проведения самых реакционных указов начальства”¹.

Т. И. Юдин “Очерки истории отечественной психиатрии” — М., 1951, с. 137



Иван Алексеевич Сикорский
(1842 – 1919)



Владимир Михайлович Бехтерев
(1857 – 1927)

Рисунки выполнены во время процесса Бейлиса. Худ. Кадулина

Небывалое по масштабам использование психиатрии в политических целях в советской России и вырождение судебно-психиатрической экспертизы в постсоветской России восходят к делу Бейлиса, вызвавшему во всем международном психиатрическом сообществе возмущение вмешательством известного психиатра И. А. Сикорского в сферу, не имеющую отношения к психиатрии в процессе огромной общественной важности — обвинению еврея в ритуальном убийстве. Это выросло в обвинение всего еврейства

¹ Оба были еще и представителями **расовой психиатрии**, о чем лучше всех знал во всех подробностях автор “Евгеники” Тихон Иванович Юдин, как и то, что “общественная жизнь” не только в советской России сама вмешивается в науку (ред.).

и самой еврейской религии и приобретало такой международный накал, что даже сами черносотенцы удовлетворялись уже формулировкой существования “тайной” “изуверской иудейской секты”.

В наше время, когда использование психиатрии в политических целях, уже было признанное, снова категорически отрицается, когда использование психиатрии для подавления неугодных религиозных организаций осуществляется, похоже, в плановом порядке, когда умножается число психиатров, изощряющихся в обосновании этой квазинаучной практики, а позицию И. А. Сикорского и В. В. Розанова в деле Бейлиса пытаются оправдать и даже восславить как “подвиг”, 100-летие этого процесса остается для нас, к сожалению, по-прежнему остро актуальным.

Сколько бы ни было юбилеев этого события, каждое время находит ему свои современные эквивален-

ты, вскрывает его новые грани, позволяет увидеть рельефнее и осмыслить глубже.

Провокаторская выдумка или большое воображение, породившие убеждение об использовании евреями крови при изготовлении мацы, казалось бы, правдоподобны только для темного средневекового сознания. Этот “кровавый навет”, действительно, восходит к средневековью, когда по европейским странам прокатилась психическая эпидемия таких обвинений. Проведенное в XIII веке императорское расследование завершилось специальной грамотой (1236), в которой опровергались все обвинения и впредь запрещалось возбуждать подобные дела. Впоследствии были изданы столь же категоричные папские буллы (1247, 1272, 1422, 1447, 1757), но наветы продолжались вплоть до эпохи Просвещения. В XIX и XX веках эта эпидемия прокатилась по России, приобретая политическое обличье антидемократического охранительного толка. Если последний еврейский погром в Европе произошел в 1946 г. в Польше в г. Кельце, то на национальных окраинах СССР “кровавый навет” всплывал в 1926 и 1930, 1961, 1962, 1963 и 1965 годах на фоне государственного антисемитизма. Более того, уже в постсоветское время при расследовании истории убийства царской семьи в Екатеринбурге отцы православной церкви поставили перед следствием среди прочих и вопрос признания или непризнания этого преступления ритуальным убийством. Нынешняя эпоха ознаменовалась тем, что началась с убийства о. Александра Меня.

Дело Бейлиса было настолько крупным и резонансным, что — как и дело Дрейфуса — неслучайно стало нарицательным и вошло в историю: оно привело к резкому публичному размежеванию националистов, черносотенцев, правых — с одной стороны, и либеральную интеллигенцию — с другой. Размежевание пуще нерукопожатости. Осип Манделштам даже вызвал на дуэль Велимира Хлебникова, которого высоко ценил, за антибейлисовское стихотворение.

Уже на самом судебном процессе была вскрыта ложность и бездоказательность обвинения, а впоследствии и его политическая подоплека: в архивах царской охранки были обнаружены документы, свидетельствующие, что процесс был затеян министром юстиции, когда уже было ясно, что Бейлис невинен,

как способ утихомирить черносотенцев за полгода до приезда в Киев Николая II, а власти активно манипулировали в пользу обвинения вплоть до того, что подбিরали присяжных, что секретными циркулярами запрещали печатание и распространение литературы, отвергающей существование кровавых наветов, специально задерживали заверенные Ватиканом копии папских булл, а “прокурор судебной палаты лично вписывал в дело несуществующие улики”² и т.д.

В сегодняшней России мы видим то же размежевание сил, те же два лагеря, словно не минуло столетие с тех пор, словно не бездонной пропастью разделили эти эпохи Холокост и ГУЛАГ.

Одним из главных оснований для привлечения Бейлиса в качестве обвиняемого стало **свидетельство проф. И. А. Сикорского**, допрошенного в мае 1911 г. в качестве эксперта по приказу министра юстиции, **что убийство Андриюши Ющинского является типичным в ряду подобных убийств и представляет “«расовое мщение или вендетту сынов Иакова» к субъектам другой расы”,** приписав это выражение известному французскому писателю А. Леруа Боле. Тот немедленно опроверг это в открытом письме в петербургской печати.

В октябре 1911 г. Сикорский выступил в суде с основным текстом своей экспертизы, но ничего не смог сказать по существу, ясно **обнаружилось, что он просто верил в “кровавый навет”.** Ему даже пришлось на судебном заседании отказаться, что он когда-либо говорил о “ритуальном” убийстве, что не соответствовало действительности³. Последовавшее выступление В. М. Бехтерева, с которым он был в давних дружеских отношениях, показало полную несостоятельность позиции Сикорского⁴.

Ученый мир Европы резко осудил экспертизу Сикорского. Эти отклики составили целую книгу, изданную в Лейпциге в 1913 г. и в том же году опубликованную на русском языке: “Убийство Ющинского. Мнения иностранных ученых” (СПб., 1913). Вот некоторые из них.

Проф. Эуген Блейлер (Цюрих): “Еврейские ритуальные убийства никогда не случаются там, где христиане не верят в них заранее. Здесь дело обстоит так же, как и с привидениями: они являются только там,

² “Дело Менделя Бейлиса”, СПб., 1999, стр. 30.

³ (В. Менжулин. “Другой Сикорский” — Киев, 2004, стр. 433). Но это не помешало автору “Очерков истории отечественной общей и военной психиатрии” (М., 2005) Б. П. Колупаеву написать: “По своему уникально исследованию И. А. Сикорского “Экспертиза по делу об убийстве Андриюши Ющинского” (СПб., 1913), где он в аргументированной форме доказал, что налицо имел место факт ритуального убийства..., что в обстановке, сложившейся вокруг процесса, было очень смелым поступком”. А руководители нашей военной психиатрии В. К. Шамрей, Ю. Е. Логинов и А. Г. Чудиновских в “Российском психиатрическом журнале” (2008, 5, 64 – 69) — органе Государственного центра им. Сербского, всячески выгораживая И. А. Сикорского, акцентируют, что “заключение экспертов, не исключающее ритуального характера убийства, могло спровоцировать в стране еврейские погромы”, обнаруживая подбором цитат нерешенность для себя вопроса о ритуальности. Экспертиза Сикорского по делу Бейлиса по их мнению вошла в историю как “первая судебная психолого-психиатрическая экспертиза”, не обмолвившись, что вошла она в историю совершенно иначе.

⁴ “Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В. М. Бехтерева”, 1992, 2, стр. 78 – 80.

где в них верят. Другими словами, ритуальные убийства суть продукты фантазии тех, кто их признает”.

Проф. Бедкер (Целлендорф): “Способ рассуждения г-на Сикорского, как мне кажется, доказывает, что при составлении своей экспертизы он делает выводы из бывшего в его распоряжении материала не путем трезвой, совершенно объективной его оценки, но что он, наоборот, в своих заключениях исходит из предвзятого воззрения”.

Проф. Август Форель (Швейцария): “Не знаешь чему больше удивляться — наивности или тенденциозности эксперта”.

Проф. Цимке (Киль): “Он (Сикорский) без сомнения переходит границы, положенные объективному эксперту, и руководствуется соображениями, возникающими в разнузданной фантазии, а не в холодном и критически взвешенном уме”.

Проф. Карл Бонгеффер (Берлин): “Насколько эксперт выходит за пределы того, что может быть высказано в таком отзыве, видно из того, что он полагает возможным заключать о душевном здоровье или болезни неизвестного убийцы на основе повреждений, констатированных у покойника... Дальнейшие выводы мнения относительно принадлежности убийцы к определенной народности, о тех или иных целях и намерениях убийцы совершенно выходят из пределов психиатрической экспертизы”.

Проф. Эрнст Мейер (Кенигсберг): “То, что приводит Сикорский, может, пожалуй, быть использовано в качестве материала для интересного уголовного романа, но вне этого оно не имеет никакого значения... Тот самый человек, который имеет заслуги перед всеобщим просвещением именно изучением религиозных бредовых состояний больших народных масс, сам в настоящее время подпал влиянию подобного темного суждения, так же как он раньше с большим успехом содействовал его искоренению”.

Проф. Лакасань и проф. Туано: “Было бы близко к истине оценить доклад д-ра Сикорского как простой роман и, прибавим мы, как вредный роман”.

Проф. Вагнер фон Яурегт и проф. Гейнрих Оберштайнер (Вена): “Заключение это не психиатрическое и не дает поэтому материала для критики с психиатрической точки зрения. По ознакомлении с этим заключением нам представляется даже сомнительным, чтобы автор его был психиатром”.

А вот мнение проф. В. П. Сербского: “В экспертизе проф. Сикорского наука с ее первым и необходимым условием — добросовестностью — и не ночевала. Говоря словами самого Сикорского, его экспертиза “представляется мне не случайным или простым” заблуждением, но “сложным квалифицированным злодеянием, которое тщательно обдуманно и планомерно

исполнено” (“Русские ведомости”, № 226 от 1 октября 1913 г.).

Журнал “Современная психиатрия” (сентябрь 1913 г., стр. 765) оценил экспертизу Сикорского как “позорную и не соответствующую самым элементарным научным требованиям”, а “Журнал невропатологии и психиатрии” (1913, кн. 2, стр. 355) писал, что “маститый русский ученый скомпрометировал русскую науку и покрыл стыдом свою седую голову”.

XII Всероссийский пироговский съезд врачей весной 1913 г. принял специальную резолюцию против экспертизы Сикорского, а осенью 1913 г. она была осуждена Международным медицинским съездом в Лондоне и 86-м съездом немецких естествоиспытателей и врачей в Вене.

Перед лицом этой уничтожающей критики Сикорский обратился с письмами к киевскому губернатору и министру внутренних дел с просьбой унять критику его в газетах и выяснить “какая организация руководит всем этим делом и зарегистрирована ли она в губернском правлении”, называя свою экспертизу “не просто выполнением долга, но подвигом”, а в газете “Киевлянин” писал: “Для всякого непредубежденного человека ясно, что судебная экспертиза есть тяжелый общественный долг, вроде сдачи защищаемой крепости, вроде опасной операции, от которой больной все-таки умирает”. Исползованные выражения хорошо отражают гамму его чувств, но “этот добродушный старичок, этот изнемогающий Сикорский становится совершенно иным — злым и хитрым — как только коснулось дело ритуальности... И вся его экспертиза, являясь сплошным недоразумением с научной точки зрения, дышит таким человеконенавистничеством, таким изуверством...”⁵, что чиновник департамента полиции телеграфировал в Петербург, что “простой народ, читая экспертизу Сикорского, высказывает большую ненависть к евреям, угрожая погромом”.

В результате, критика экспертизы Сикорского, возражения и протесты против нее были запрещены повсеместно в России, а нарушения этого запрета вызвали немедленные репрессии вплоть до окончания процесса Бейлиса. Так, Санкт-Петербургское и Самарское медицинские общества были строго предупреждены, а Харьковское, Тверское, Вологодское и другие закрыты за резолюции, выражающие “глубокое негодование по поводу медицинской экспертизы со стороны обвинения в деле Бейлиса. Проявление расовой и религиозной нетерпимости и попытку псевдонаучными приемами обосновать возможность существования ритуальных убийств у евреев, а также столь необычное отступление... от объективного научного метода исследования...”. А организаторы петиции протеста собрания присяжных поверенных

⁵ В. Д. Бонч-Бруевич. “Знамение времени”, 1914, I, стр. 257 – 258.

санкт-петербургской судебной палаты (среди подписавших был А. Ф. Керенский) были приговорены к заключению в крепости. И т.д. и т.п. Между тем, процесс Бейлиса стал, по выражению А. И. Солженицына, “судебной Цусимой России”.

Был ли Сикорский платным агентом охраны, “профессором от полиции”, как назвал его Н. А. Семашко, не так важно, если он был искренним монархистом, а он им был. Был ли Сикорский антисемитом, в конце концов, его личное дело, если это не выливалось в дискриминацию коллег и т.п. **Непреодолимым и грандиозным уроком для психиатрии дело Бейлиса стало благодаря вдохновляющему единодушию практически всех психиатров мира, их решительному осуждению вторжения психиатра в сферу не своей компетенции.** Кроме чудовищных последствий такого вторжения проф. Иван Алексеевич Сикорский — выразительный пример также **типиков расовой психиатрии**⁶, которые — явные с самого начала — раскрылись спустя уже 20 – 30 лет, а также последствий для собственной личности и судьбы **“симфонии с властью”**, тем более с преступной властью.

Выдающееся исследование Александра Семеновича Тагера “Дело Бейлиса и царская Россия” (1933, 1934) функционировало всего несколько лет, в 1938 г. он был расстрелян, а тема исследования отодвинута борьбой с сионизмом. В 1988 г. Политиздат отказался от переиздания этой книги. Только в 1995 г. в Москве был издан репринт, дополненный исследованиями и материалами. В 1999 г. в Санкт-Петербурге изданы Материалы Чрезвычайной следственной комиссии Временного правительства о судебном процессе 1913 г. по обвинению в ритуальном убийстве (“Дело Менделя Бейлиса”) с предисловием Г. М. Резника. В 2004 г. в Киеве издана монография Вадима Менжулина “Другой Сикорский. Неудобные страницы истории психиатрии”.

“Независимый психиатрический журнал” впервые опубликовал экспертизы В. М. Бехтерева (1997, 4; 1998, 1) и В. П. Сербского (2008, 4) по делу Бейлиса.

На первой из них из бывшей библиотеки им. Ленина стоял штамп “не выдавать”.

Увы, это невыученный урок, так как с 1995 года это снова остро актуальная для нас проблема. Профессора Ю. И. Полищук и Ф. В. Кондратьев (Москва), П. И. Сидоров (Архангельск), В. Э. Пашковский (Санкт-Петербург) ничтоже сумняше выступают как религиоведы, повторяют Сикорского. Может быть, не знают его роли в деле Бейлиса? Знают и славят И. А. Сикорского как “русского гения”, также как многие философы — В. В. Розанова, который сыграл в деле Бейлиса не менее крупную и не менее постыдную роль⁷.

Прославление В. В. Розанова и И. А. Сикорского в наше время — одна из самых мрачных примет настоящего и предвестий предстоящего времени, как и то, что перед лицом многочисленных современных черносотенных изданий, тиражирующих не только “кровавый навет”, но и “Протоколы сионских мудрецов”, давно изобличенную фальшивку, послужившую Гитлеру обоснованием уничтожением евреев, современная интеллигенция не обнаруживает такого единодушия, как интеллигенция предреволюционной поры. А между тем, прокурор Москвы Ю. Семин очередной раз с 2007 г. не счел необходимым включить “Протоколы...” в список экстремистской литературы из более чем 800 названий. Из двух противоположных экспертных заключений он выбрал то, которое обосновывало такое решение — заключение Института психологии РАН⁸. Может быть это частный случай, который “не следует обобщать”? Нет, полный текст “Протоколов...”, включенный в книгу С. Нилуса “Великое в малом” в числе другой исключительно православной литературы (286 книг в комплекте) Министерство иностранных дел России заказало для поставки в мае-августе 2011 г. двадцати пяти своим посольствам за 2 млн. руб. бюджетных денег в качестве “духовно-нравственной литературы”⁹.

Ю. С. Савенко

⁶ Работы И. А. Сикорского и его учеников составляют основной корпус сборника “Русская расовая теория до 1917 г.” (ред. В. Б. Авдеев). М., 2002, 688 с.

⁷ “Независимый психиатрический журнал”, 2006, 4, стр. 5 – 11; 2007, 1, стр. 75 – 76.

⁸ “Новая газета”, 04.04.2011, стр. 9.

⁹ “Новая газета”, 18.05.2011, стр. 4.

Кризис научной рациональности как культурный фон возникновения и развития антипсихиатрии (часть 2)

П. Д. Тищенко¹

Антипсихиатрия — частное проявление кризиса научной рациональности, перехода от монологизма к диалогизму, диалогу процедур объяснения и понимания, доброжелательному отношению к инако-мыслию.

Ключевые слова: антипсихиатрия, научная рациональность

Сложное сочетание монологического и диалогического сознания является следствием фундаментальных изменений в характере современной науки.

Для понимания этого обстоятельства, обратимся к схеме академика В. С. Степина, выделившего три типа научной рациональности — классический, неклассический и постнеклассический², отчасти дополнив, отчасти наделив ее собственным истолкованием, соотношенным с темой обсуждения.

Логической “формулой” наших рассуждений может стать следующая структура: единство многообразного — многообразие единств — уникальное единство как личностный поступок. Или, для краткости, единое — многое — единое. Понятно, что единое, дважды упомянутое в “формуле” не тождественно самому себе, поскольку сохраняет существенное. Члены этой формулы не образуют ступени некоего временного или логического восхождения (неважно восхождения от абстрактного к конкретному или от конкретного к абстрактному), т.е. не образуют фигур снятия. Они со-гласно доопределяют друг друга по известной богословской формуле — неслиянно и нераздельно, перепроверяя и выступая основанием друг друга.

Предложенная формула может быть конкретизирована, дополнена двумя другими, в которых члены находятся в прямом соответствии с членами первой формулы (в том порядке, в котором они перечисляются). Вторая формула предстает как отстраненный субъект — множественная субъективность — субъектность. Третья: дистанцированный наблюдатель — погруженный в среду наблюдатель — свидетель (или участный наблюдатель по М. М. Бахтину). Все три введенные формулы, являются известными уточ-

няющими друг друга парафразами, наполняя дополнительным содержанием, то, что было введено В. С. Степиным в его знаменитой триаде.

Напомним. В. С. Степин выделяет три типа научного рационализма — классический, неклассический и постнеклассический. Эти типы рождаются и достигают зрелости в разные исторические эпохи: классический (17 век — начало 20-го века), неклассический (1ая половина 20-го века), постнеклассический (конец 20-го века). Появление каждого нового типа рациональности не устраняет предыдущего, но ограничивает пространство его действия. При этом различные логики вступают друг с другом в сложный диалог.

Классическая научная рациональность предполагает, что познающий субъект дистанцирован от объекта, как бы со стороны познает мир, а условием объективно-истинного знания считала элиминацию из описания и объяснения всего того, что относится к познающему субъекту и средствам познавательной деятельности. Наука изучает “первичные качества” тел (объективные) и абстрагируется от “вторичных качеств” (субъективных). Как писали И. Пригожин и И. Стенгерс, характеризуя классическую науку: Научное описание “...объективно в той мере, в которой из него исключен наблюдатель, а само описание произведено из точки, лежащей вне мира, т.е. с божественной точки зрения, с самого начала доступной человеческой душе, сотворенной по образу Бога”³.

Из этой перспективы “божественного” наблюдателя вырастают настойчивые попытки естествоиспытателей и гуманитариев построить *единые теории* в физике, химии, биологии, медицине, психиатрии, истории, языкознании, философии и др. областях познания. Предпосылкой этих усилий является представление о мирах природы, истории, человеческой души и

¹ Институт философии РАН.

² Авторская концепция типов рациональности В. С. Степин и ее обсуждение представителями различных направлений философии науки представлено в книге “Постнеклассика: философия, наука, культура”. СПб., Мирь, 2009.

³ Пригожин И., Стенгерс И. Перевод Ю. А. Данилова. Порядок из хаоса. М., Прогресс, 1986, С. 98.

культуры как объективно, т.е. независимо от наблюдающего и мыслящего субъекта существующих. Ученые лишь “отображают” (рефлектируют на) то, что всегда уже есть на самом деле. При всей убогости ленинской “теории отражения”, она в обнаженной форме представляла доминанту классического рационализма.

Неклассическая научная рациональность признает относительность объекта к средствам наблюдения. Экспликация (описание) этих средств и операций выступает условием получения истинного знания об объекте. Неклассическая наука, представленная первоначально квантовой механикой, как бы погружает познающего субъекта (наблюдателя) в активную среду наблюдения, делая наблюдаемые факты и теоретические истолкования зависящими от того, с какой точки зрения происходит описание объектов и язык какой теории используется для их (фактов) *истолкования*. Если, к примеру, размышляющий психиатр утверждает, что в основании его методологии лежит критическая онтология Н. Гартмана и идеи критического реализма К. Поппера и Х. Альберта, то тем самым задается особая точка зрения, с которой факты приобретают особую значимость с учетом теоретических предпосылок. Указание на *особенность точки зрения (релятивность)* является условием *объективности суждений ученого*⁴. Более того, суждения приобретают оттенок субъективизма и релятивизма в дурном смысле именно тогда, когда то, что наблюдается с *особой точки зрения* и выражается в языке *особого* философского или научного теоретизирования проецируется на *мир в целом*.

Может так случиться, что построение психиатрического знания на других основаниях, даст совершенно иную феноменологию и иной каркас теоретических представлений. Как они соотносятся с уже существующими или теми, что будут существовать в будущем? Непосредственно спроецировать эти представления в один мир, например, как его части (знаменитый пример слона, которого “изучают” слепые путешественники), нельзя, т.к. нельзя снять условия наблюдения и язык истолкования в полученных результатах, а они разные. *Субъективность, которую классическая рациональность всячески исключала, оказывается условием понимания объективности*. Метод ее конструктивного присутствия не объяснение, а понимание — истолкование результата как своеобразного “текста”. Возникает мощная тенденция к “историзации знания и мира” (Михайлов А. В.), которая за счет коммуникативных стратегий научного сообщества удерживает множественность представлений единства и истины.

⁴ Ни один факт не обсуждается в науке без указания на то, как он получен. Неслучайно в стандартной структуре научной статьи предусмотрен раздел “материалы и методы”.

На место *историцизма* (К. Поппер) с его претензиями на объективное описание и квазипричинное *объяснение* настоящего через прошлое приходит понимание *историчности*, включенности познающего субъекта в познаваемые события, принуждающего его высказывать свое толкование (герменевтику) происходящих событий, пусть даже в форме негативного молчаливого приятия/неприятия. Экзистенциализм является философским выражением неклассического рационализма постольку, поскольку устанавливает примат *существования* (реального опыта жизни) перед метафизически гипостазированной *сущностью*. Неклассический рационализм сдвигает онтологию мира из *есть* (равного себе бытия) в позицию *может быть*. В позицию *бытия — в — возможности*. Предмет исследования (вселенная, амеба или душа психиатрического больного) как бы погружается внутрь себя, становится потенцией (и в этом отношении объективно *неопределенным*), которая реализуется в своеобразном виде в зависимости от характера познавательного отношения (метода объяснения и языка понимания).

С нашей точки зрения, болезненный для психиатрии вопрос о реальности шизофрении, да и предмета психиатрии в целом, на который настойчиво обращают внимание антипсихиатры, *звучит с догматических позиций классического рационализма*, уличающего психиатрию в отсутствии “божественной” точки зрения. Но ведь ее уже нет и во всех остальных науках. Лидеры научного познания — математика, физика, химия и биология обнаруживают нередуцируемую множественность своих оснований, сохраняя при этом и научный рационализм (правда, нового, неклассического типа) и практическую эффективность.

Любой научный факт должен осмысляться с учетом релятивистских эффектов погруженности познающего субъекта (множественной субъективности) в конкретный социогуманитарный контекст. Множественность представлений о шизофрении и психических страданиях в целом является не результатом слабости теоретиков, пытающихся осмыслить данное обстоятельство, а результатом множественности эмпирических “инструментов” наблюдения и языков теоретических интерпретаций. В контексте неклассической рациональности мы можем говорить не о *единстве многообразного*, а о *множественности единств*, которые связываются (сочетаются и различаются) не на уровне объективной картины мира, а на уровне коммуникативной жизни конкретного научного сообщества.

И еще один важный аспект имманентно присущий неклассической рациональности. Как только *субъективность оказывается условием объективных описаний и осмыслений*, то философия науки моментально замечает, что объективация условий — в явной форме представленная в описании “приборов” и методов, а так же отсылка к конкретным теоретическим

языкам — не исчерпывает ее (субъективности) содержания. Это понимание наиболее ясно выражено в концепции личностного (неявного) знания Майкла Полани. То, что *наблюдается* (эмпирические факты) и то как, нечто теоретически *истолковывается* зависит, кроме отмеченного выше, от *неявного* (не отчуждаемого в форме текстов и других результатов) знания, которое каждый ученый получает, что называется из рук в руки (т.е. *традиционно*) от своих учителей и обогащает за счет личного опыта, а так же диалогического общения, совместных дискуссий в коммуникативных сетях научного сообщества.

Поэтому не только в психиатрии, но и в соматической медицине один и тот же клинический случай может быть по-разному истолкован в зависимости от того, принадлежит ли ученый к московской, петербургской или парижской школе. Неклассическая рациональность не просто релятивизирует знание, но и указывает на реальную коммуникативную жизнь научных сообществ как основание явного и неявного сопряжения множественности идей истины и блага. И, наконец, действительно последний штрих к идее неклассической рациональности. Дело в том, что тогда, когда мощный напор Э. Гуссерля спасти идею науки увяз в основаниях, выскользнувших в сферу жизненного мира, на другом полюсе философии неопозитивисты попытались спасти науку от ненауки, установив некоторые рациональные критерии демаркации одного от другого. Однако, получилось так, что и логико-позитивистский (Б. Рассел, Л. Витгенштейн, Р. Карнап и др.) и критико-рационалистический варианты демаркационизма (прежде всего — К. Поппер) оказались неудачными. В науке постоянно обнаруживали нечто существенное для ее жизнедеятельности, что не соответствовало выдвигаемым критериям научности. Однако эти неудачи не обесценивают успехи промежуточных результатов (блестящих философских исследований) на пути к иллюзорной цели.

Подробнее, радикальное по своим установкам обсуждение проблемы демаркации науки и ненауки привело к прямо противоположному результату. Стало очевидно, что науку нужно понимать не только, исходя из априорно принятых предпосылок, но и контекстуально, *релятивно* — в зависимости от мифа, языка, обыденного сознания, этно-социо-культурных апостериорных условий научного опыта. Критерии демаркации оказываются не в состоянии выдержать мощь универсального сомнения — основного требования научной рациональности. Как пишет немецкий социолог Ульрих Бек: “Научная религия, уверенная, что лишь она владеет истиной и вправе провозглашать ее, секуляризировалась в ходе своего онаучивания. Притязание науки на истину не выстояло перед дотошным научно-теоретическим и эмпирическим

самодопросом.”⁵ Прямым результатом подобного рода научного “самосуда” становится особая *открытость* европейской культуры иным культурам прошлого и настоящего.

Мультикультурализм — это еще одно основание неклассической рациональности. Неслучайно, в поле оказания психиатрической помощи оказываются “ненаучные” субъекты — священники, шаманы, хиллеры и т.д. и т.п.. Происходит радикальное самоограничение научного разума, который в акте рефлексивного онаучивания расчищает социальное пространство для иных разумов и, в конечном итоге, непосредственно подводит к идее *реального, а не декларируемого инакомыслия*, реализующегося в множественности единств представления человека о мире и самом себе. Ответственность в науке индивидуализируется в разности образии социогуманитарных и естественнонаучных технологий (виртуальных и реальных), приобретаая атрибуты всеобщего (коллективной ответственности) лишь в коммуникативных практиках, этическая основа которых описана Ю. Хабермасом. Неклассическая рациональность не *преодолевает кризис оснований научности, но одомашнивает его, видит в нем не неудачу, но раскрытие истины бытия как перманентно становящегося иным и, поэтому, принуждающего к становлению иным познающий разум.*

Однако, опыт неклассической рациональности не так невинен. Коллективная ответственность, если она в случае социальной распределенности производства знания не персонифицирована, грозит безмерной и безличной безответственностью. За признанием множественности идей истины, добра и красоты маячит угроза анархического произвола, хаоса и дурно понимаемого релятивизма. Хорошо размышлять о множественности и релятивности знаний, но в жизни все может оказаться не так комфортно. Как, например, увязать релятивность истины и доброкачественность *профессиональной экспертизы*? В нашем случае, экспертизы психиатрической, на основе которой решается вопрос о вменяемости или невменяемости конкретного человека. Решается его судьба. Случай “полковника Буданова”, когда экспертные заключения несколько раз менялись по прихоти политических “кукловодов”- яркий пример дурного релятивизма, влияний политического контекста на экспертное заключение профессионалов.

Столкнувшись со сложностью и опасностями, связанными с неклассической рациональностью — можем ли мы желать вернуться к идеалам классического рационализма с *презумпцией одной на всех идеи истины и идеи блага*? Или, приняв вызов множественности, попытаться найти новые меры, способные удерживать порядок в хаосе и неопределенности, *допуская неизбежность присутствия хаоса и неопределенности в порядке как его (порядка) источников становления и развития*?

⁵ там же С. 251.

Ответом на вызов множественности, с нашей точки зрения, является постнеклассическая научная рациональность.

Постнеклассический рационализм. Если применить упомянутые выше формулы, то возможно сказать, что для постнеклассики характерно определенное возвращение к идеям классицизма. Однако это возвращение лично акцентуированное, персонафицированное (Г. Л. Тульчинский⁶). На месте всеобщего анонимного единого мы видим опыт единства, *основанием* которого выступает ответственный поступок уникального человека. Его онтологический статус мы именуем *субъектностью*. Как наблюдатель он вновь противостоит миру в целом, но это противостояние не анонимное, а, выражаясь языком М. М. Бахтина — участное.

В постнеклассическом рационализме объективные описания и теоретические построения соотносятся не только со средствами (приборы, методы, язык), но и с ценностно-целевыми структурами деятельности, предполагая экспликацию внутринаучных ценностей и их соотнесение с социальными целями и гуманитарными ценностями.

Для субъектности характерен особый рода синкретизм. Дело в том, что незавершенный в историческом плане проект модерна (Ю. Хабермас) предполагал дифференциацию синкретического знания, представленного прежде всего в категориях религиозного сознания, на науку, этику и искусство. Постнеклассическая рациональность продуцирует новую идею синкретичного познания. Идею, в которой множественность и различия отчужденных друг от друга форм духовного опыта, не снимается в единстве (например, философского самосознания), а сохраняется в динамике диалогических (коммуникативных) взаимодействий, включая взаимодействия между социогуманитарными и естественнонаучными знаниями.

Необходимо понять возможность пути мысли от анонимного всеобщего субъекта классического рационализма, через погруженную в контекстуальные особенности и инструментальные обстоятельства познавательной деятельности субъективность (множественной и в себе, и в отношении к другим) к субъектности уникальной личности, которая дает меру и единство миру в ответственном поступке — выборе себя и другого (иного, чуждого, близкого и далекого во времени и пространстве).

В этой ситуации предоставим слово французскому философу Нанси: «Высказывание “Человек есть мера всех вещей” получило новый, чрезмерный смысл: вместо того, чтобы все привязывать к человеку как заурядному эталону и нестойкому остатку, этот смысл привязывает самого человека к глубине ответственно-

ности»⁷. Он продолжает: “Эта ответственность не имеет определенной меры (числовой), поскольку вопрос не в том, сколько людей земля — или вселенная — может вместить, но о каких людях идет речь, о каких существованиях. Число здесь немедленно преобразует свою величину в величину в моральную: размер человечества становится неотделим от его достоинства”⁸. Неслучайно, В. С. Степин считает, что постнеклассическая рациональность имеет дело, прежде всего, с человекомерными предметами. Парадигмальным феноменом, постнеклассического рационализма в медицине является биоэтика.

Биоэтика: радикальный опыт ответственности. Развитие медицины как естественнонаучной дисциплины предопределило господство различных форм биологического редукционизма (клеточного, гуморального, физиологического, биохимического и т.д. и т.п.), лежащих в основании упомянутой выше биомедицинской модели в психиатрии. Поэтому, несмотря на то, что человек был предметом и исследованием, и оказания помощи в медицине, он никогда не воспринимался (и до сих пор часто не воспринимается) как личность, несмотря на многочисленные заверения умудренных опытом клиницистов. Предмет медицины не был человекомерным. Открытие человека как личности в пациенте — сложный, болезненный процесс, растянувшийся на всю вторую половину 20-го века и незакончившийся до сих пор. В результате разоблачения порочной практики недобровольных исследований на человеке в медицине, под давлением правозащитного движения постепенно радикально меняется структура отношений врач — пациент. В страдающем теле врачи начинают распознавать личность — его “тела” хозяина, “воплощенное сознание” (Мерло-Понти).

Поэтому повсеместно к концу 20-го века становится нормой испрашивать у пациента разрешение практически на любое медицинское вмешательство. В 32 главе “Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан” эта норма формулируется так: “Необходимым предварительным условием медицинского вмешательства является информированное добровольное согласие гражданина”. Неслучайно, что наиболее авторитетный международно признанный и систематически разработанный стандарт биоэтики, принятый Советом Европы, назван “Биомедицина и права человека. Конвенция по биоэтике” (1997 г.). Россия, к сожалению, до сих пор не присоединилась к этой Конвенции.

Права пациентов являются не просто политкорректными формулировками. Они отображают фундаментальное культурное преобразование отношений

⁶ Г. Л. Тульчинский. Гуманитарная экспертиза как социальная технология. <http://hpsy.ru/public/>

⁷ Нанси Бытие единственное и множественное. Пер. с фр. В. В. Фурс под ред. Т. В. Щитцовой. Минск: И. Логвинов, 2004., С. 266.

⁸ Там же. с. 267.

врач — пациент. В авторитарном (монологичном) врачевании актуально действовало лишь одно сознание — сознание врача, который со знанием действовал. Пациент знанием вроде бы не обладает. Поэтому и действовать со знанием (сознательно) в ситуации врачевания не может. Второму сознанию при таком понимании сути вещей место не предусмотрено. Пациент *некомпетентен* играть роль субъекта.

Идея прав пациента имеет два источника. Во-первых, ситуацию, которую мы описали в связи с формированием неклассического рационализма. Другой врач слишком часто означает для пациента другой диагноз и другое лечение. Поэтому, прав вещать от имени истины у врача становится все меньше и меньше. Вместо: “так есть на самом деле” и “так-то вы должны делать”, ему все чаще приходится утверждать, что “с моей точки зрения дела обстоят так то, а поэтому я Вам рекомендую делать так то и так то”. У пациента вполне реально возникает пространство выбора, отказа или согласия. И для этого субъектного действия у него, на самом деле, имеется своя особая рода *компетенция*, свое особая рода знание. Прежде всего, в компетенцию пациента входит *дар* (или отказ от дара) *доверия* врачу. Доверие нельзя ни купить, ни рационально обосновать — его можно только “заслужить” как результат доброкачественной работы с этим пациентом, как и теми другими, с которыми этот пациент может обсудить практику именно этого врача.

Подчеркнем, доверие лежит в *основании* рационального выбора пациента в условиях реальной множественности врачебных точек зрения и, соответствующих стратегий врачевания. Однако, выбор не сводится к дару доверия или отказу в нем. Пациент обладает особая рода знанием и умением (еще одними аспектами его компетенции), которые играют не меньшую, если не большую роль в достижении целей врачевания — выздоровления. Даже блестящая сверхтехнологичная хирургическая операция создает лишь *благоприятную возможность* (вспомним выше помеченное — бытие в возможности) для выздоровления. Реализовать или не реализовать эту возможность может лишь другой субъект — пациент. Врач может дать рекомендации, а пациент на основе собственных знаний и умений может попытаться встроить их (рекомендации) в образ своей жизни: характер труда и отдыха, привычек и предрасположенностей, своих финансовых и семейных обстоятельств. Выздоровление или реабилитация — совместный эффект работы двух сознаний, усилия двух личностей. Пациент не желающий избавиться, к примеру, от алкоголизма или наркотической зависимости, никакими лекарствами, никакой психиатрией вылечен быть не может. Права пациентов как раз и расчищают социальное пространство для подобного рода кооперации.

Естественной формой отношения двух субъектов, обладающих правами и признаваемыми друг другом компетенциями, является контракт. Пустотность пра-

вовой формы выступает *условием возможности* заполнения ее конкретным *содержанием* (моральными ценностями, личностными предпочтениями, характерологическими и биографическими особенностями и т.д.) конкретного врача⁹ и конкретного пациента. Право — подлежащая основа инакомыслия, а личная ответственность за результат действия — его (инакомыслия) сказуемое. В действии, согласованном двумя субъектами, *множественность* вариантов описания ситуации и врачевания снимается, редуцируется к конечному набору манипуляций и воздействий, к некоторому для этого случая приравненному *единству*. Основанием этого единства со стороны врача выступает *личная ответственность* за разрешение неопределенности (множественности) и принятие конкретного решения. Со стороны пациента — *доверие* и готовность включить условия и последствия (как благоприятные, так и неблагоприятные) согласованного медицинского вмешательства в историю своей жизни, в свою биографию. Следует отметить, что в этических регламентах различных национальных и международных организаций подчеркивается долг врача информировать пациента о наличии альтернативных методов лечения и направлять (в случае неудовлетворенности результатом лечения) к специалистам, использующим иные методы лечения. В этом смысле, биоэтика радикально переинформирует структуры микросоциальных отношений (био-власти по М. Фуко), формирующихся вокруг телесного и душевного страдания человека, трансформируя их из авторитарных в более демократичные¹⁰.

Однако, для биоэтики дело не ограничивается открытием “второго сознания” в отношениях врач-пациент. Успехи биологии и медицины ставят перед человеком достаточно необычное требование — определить границы собственного существования. Ответить не абстрактно теоретически, а жизненно практически на вопрос — что значит быть человеком? Новые технологии искусственной репродукции поставили с новой остротой проблему (возникшую еще раньше в связи с проблемой аборта) — с какого момента начинается жизнь человека. В зависимости от ответа на этот вопрос прерывание беременности или манипуляции с эмбрионами, приводящими к их уничтожению, могут рассматриваться и как банальные медицинские процедуры, и как преступления. Кто может дать ответ? Биолог или врач могут достоверно свидетельствовать о возникновении беременности или степени развития плода. Но вопрос является ли эмбрион или плод на определенной стадии уже челове-

⁹ Естественно, что некий человек выступает как врач, лишь будучи удостоверен как компетентный соответствующим дипломом и постоянно подтверждающим качество своей деятельности перед профессиональным сообществом.

¹⁰ См. П. Д. Тищенко Био-власть в эпоху биотехнологий. М. Институт философии РАН, 2001.

ком, чья жизнь защищена законом, или частью тела матери, с которой она вольна поступить по своему усмотрению, выходит за рамки врачебной компетенции.

Аналогичен вопрос и о конце человеческого существования (дефиниция смерти), остро возникшей в связи с прогрессом трансплантологии и реаниматологии. Врач компетентен свидетельствовать о теле, но ничего сказать о личности, воплощенной в нем он не может. Биоэтика формируется как поле 1) междисциплинарных обсуждений, т.е. обсуждений в которых участвуют ученые различных научных дисциплин (врачи, философы, юристы, психологи, социологи, экономисты и т.д.); 2) трансдисциплинарных — поскольку включает широкие публичные обсуждения; 3) трансинституциональных — поскольку предполагает сотрудничество с различными социальными институтами (научными, религиозными, общественными, политическими и т.д.). Эта сложная сеть коммуникативных взаимодействий как раз и призвана осуществить то, что В. С. Степин назвал *экспликацией внутринаучных и социальных*

ценностей, являющейся характерной чертой постнеклассического рационализма.

На основе выявленной множественности, неопределенности и сложности обсуждаемых проблем каждое общество, используя наличные в его распоряжении социальные процедуры формирования коллективной воли, берет на себя сугубую *ответственность*, редуцировать *множественность* и *неопределенность* в *единстве* конкретного законотворческого решения (принятого закона). Общество выступает как *субъектность, учитывающая множественность субъективностей и наследующая пафос единства субъектного отношения к миру.*

В свете сказанного, мы полагаем, что обсуждение внутридисциплинарных и трансдисциплинарных проблем развития психиатрии и антипсихиатрии, должно включать учет общекультурного контекста, серьезных трансформаций рациональности, которые настроены на удержание в личном выборе себя на тонкой грани между единством многообразного и многообразием единств.

РЕКОМЕНДУЕМ:

Ольга Власова

**ФЕНОМЕНОЛОГИЧЕСКАЯ ПСИХИАТРИЯ
И ЭКЗИСТЕНЦИАЛЬНЫЙ АНАЛИЗ**

История, мыслители, проблемы.

Издательский дом «Территория будущего» - М., 2010, 640 стр.

Доводы антипсихиатров как импульс развития психиатрии

Ю. С. Савенко

Даются ответы на все основные претензии антипсихиатрии, в частности, указано на различие понятия истины в разных науках и философии, на адекватность для психиатрии семантической концепции Г. Фреге, а не Ф. де Соссюра.

Ключевые слова: объективная истина в психиатрии, семантика в психиатрии, антипсихиатрия

Выступление Павла Дмитриевича Тищенко и наша с ним дискуссия на XIII съезде НПА России наметили контуры теоретических основ нашего предмета, которых избегают касаться современные руководства и учебники по психиатрии. Важно перечитать выступление П. Д. с самого начала, помещенное в предыдущем выпуске журнала.

Павел Дмитриевич показывает, что возникновение антипсихиатрии — частный случай кризиса рационализма, а это означает “тектонические подвижки в естественно-научных и социо-гуманитарных познавательных практиках”. Действительно, антипсихиатрия — одно из выражений антисциентистского движения, которое, впрочем, не ниспровергает науку, а только ограничивает ее неумеренные и неадекватные притязания на все сферы человеческой жизни, как единственно верные, в отличие от антипсихиатрии, которая пытается доказать полную несостоятельность психиатрии.

Конечно, и негативная часть манифеста антипсихиатрии полезна, даже необходима для психиатров в профессиональном отношении, тем более в духе принципа фальсифицируемости¹ Карла Поппера. Но она отпугивает больных от врачей, она колеблет даже культурных больных и их родственников, и они, в надломленном тревогой состоянии духа, тем чаще обращаются к парамедицине, уравнивание которой с научной медициной — отнюдь не гуманизация психиатрии. Это противоречит этическому кодексу: оказывать психиатрическую помощь необходимо на уровне современных научных достижений. Поэтому естественна и необходима вводимая нами качественная градация. Ведь антипсихиатрия, с которой мы непосредственно имеем дело, — это деятельность трех организаций общества Рона Хаббарда: сайентологии, дианетики и, прежде всего, “Гражданской комиссии по правам человека”, которая ведет активную антипсихиатрическую пропаганду, выпуская журналы, листовки, проводя выставки, пикеты и демонстрации, а не только

публикуя книги своих теоретиков, и располагая для этого значительными средствами фонда Р. Хаббарда.

Только абстрактный, формальный подход, не имеющий дела с практикой, видит fifty-fifty там, где любой профессионал увидит мошенника, Петрика или Грабового на новый лад. Можно успешно остроумно переворачивать пословицы и афоризмы, демонстрируя, что они не оказываются бессмыслицей, даже обогащают понимание, но успешно оказать помощь здесь и сейчас при остром психозе может только профессионал.

Критика традиционной психиатрии за биомедицинскую модель, которая господствовала в соматической медицине, конечно, справедлива, но различные формы био-психо-социальной модели появились задолго до антипсихиатрии. Более того, в идеале, сформулированном еще в древности, такая интегральная личностная модель адекватна для всей медицины. Между тем, медики действительно не получают полноценного образования в области психологии и философии.

Верно, что попытка перевода уничтожающей критики психиатрии на язык философии науки требует не простого пересказа, а реконструкции критикуемой структуры. Тогда становится ясным, что эта критика по большей части относится к так наз. биологической психиатрии. Психиатрия же со времен популярного и в России учебника Генриха Шюле (1886) определяется как наука о болезнях личности, а не психики. Критическая онтология Николая Гартмана, его 16 законов взаимоотношения онтологических слоев друг с другом (а личность это индивидуальное целое, охватывающее биологический, психический и духовный слои) позволяют непротиворечивым образом понять и объяснить неосновательность критических выпадов антипсихиатрии. На критическую онтологию Николая Гартмана опирались такие фундаментальные работы как “Клиническая психопатология” Курта Шнайдера (1946, 1992, русск. пер. 1999) и “Нейрофизиология и психиатрия” Рихарда Юнга в “Psychiatrie der Gegenwart” (Bd. 1/1A. Springer Verl, 1967, 325 – 928). В отечественной психиатрии эти идеи развивались в наших работах в “Независимом психиатрическом журнале”. Другие концептуальные основы, действительно, и с нашей точки зрения уязвимы в разных отношениях.

¹ Альтернатива неопозитивистскому принципу верифицируемости для разграничения научных и квазинаучных концепций, т.е. постоянные попытки не подтвердить, а опровергнуть выдвигаемую теорию, в т.ч. собственную.

Итак, основные претензии антипсихиатрии к психиатрии это:

- 1) субъективность;
- 2) множественность и пестрота теоретических представлений;
- 3) разнородной и неопределенностью психиатрической терминологии.

Теоретических представлений в психиатрии не больше чем в психологии. О пестроте можно говорить, только если охватывать всевозможные малочисленные школы, а “разнородной и неопределенностью терминологии” — прямое следствие уровня профессионализма и наличия разных школ. Но базовая терминология и основные теоретические положения давно заданы на достойном уровне “Общей психопатологией” Ясперса (1913, 1923, 1959, русск. пер. 1997).

“Первым и главным доводом против психиатрии является субъективность, присущая, по мнению критиков, современному психиатрическому знанию:

- удовлетворительных критериев нет,
- единой общепринятой нозологической классификации нет,
- объективных методов диагностики нет,
- а, следовательно, и самого предмета психиатрии нет”.

Прежде всего, что такое “субъективность”? Фактически, это основной предмет психологии, ее сердцевина. И. П. Павлов именно так понимал психологию и высоко ценил открыто антиматериалистическую психологию Г. И. Челпанова. В нашем случае речь идет о “субъективном” восприятии психиатром субъективного мира психически больного. Но это открытая и главная проблема на всем протяжении истории психологии и психиатрии, главной вехой на пути которой стал феноменологический метод Э. Гуссерля (1901), воспринятый в России как раз Г. И. Челпановым и особенно Г. Г. Шпетом. Существо этого метода и его предыстории наш журнал неоднократно посвящал обширные материалы. Феноменологический метод, введенный в психопатологию Ясперсом, придал статус объективности получаемому психиатром самоотчету психически больных и, таким образом, уже на предвещающей все прочее ступени — сборе фактологии — пресек или, по крайней мере, минимизировал пресловутую “субъективность”. Дело, конечно, за феноменологической выучкой. В США судебная система превратилась в значимый фактор высокой требовательности к уровню научных обоснований психиатрических экспертиз.

Что касается критериев и классификации, то повсеместное принятие МКБ-10 и ее корреспондирование с американской DSM-IV-R (таблицы соответствия) снимают эти претензии, т.к. МКБ-10 является критериальной классификацией, т.е. каждый ее кластер характеризуется перечнем необходимых для диагностики критериев (дифференцирующих признаков). МКБ-10 утверждена приказом МЗ России в качестве

стандарта диагностики, что дает возможность полноценной сопоставимости судебно-психиатрической экспертизы, будь она прописана в законе и соблюдается независимо судебной властью правового общества. Таким образом, профессиональные психиатрические недочеты здесь далеко не главное.

Итак, “реальна ли психиатрия”? Точнее было бы сказать: “Соответствует ли психиатрия действительности?”, т.к. “реальным” является все, что существует и существовало в пространстве и времени, т.е. и любые нелепицы. Итак, соответствуют ли психиатрические воззрения действительности или это произвольная система взглядов, только позволяющая ориентироваться в этой действительности? Например так же, как архитектурная карта мозга не отражает пульса управления и центров регуляции различных функций, а только указывает на значимые для исполнения функций и нейрохирургических операций передаточные морфологические структуры. Это касается и психофармакотерапии. Нет оснований согласиться с утверждением о полной произвольности первоначальной системы взглядов. Обычно она не бывает произвольной даже изначально и имеет неуклонную тенденцию ко все большему соответствию действительности. Это актуальная бесконечность. Научные революции, как правило, не перечеркивают предыдущие системы взглядов, а включают их как частный случай в более объемлющее целое.

Далее Павел Дмитриевич пытается “вернуть позитивный смысл весьма неудобному для классического научного мышления понятию релятивизм”. Между тем, это понятие несет в себе, прежде всего, негативный смысл: нет ничего абсолютного, устойчивого, только соотносительность, игнорирование качественных различий предметов разных онтологических слоев, редукционизм любого рода, абсолютизация относительности и условности знания, и отрицание возможности познания объективной истины. Этому противостоит обращение принципа релятивности на самого себя: релятивность релятивности. Соотносительность сама порождает свои константы. Давно сформулированы метатеоретические научные понятия константности, гомеостаза, гомеореза, выражающие **стабильность разного порядка** вплоть до таких, как постоянная Планка и скорость света. В рамках тематики это, прежде всего, область топологии. В философии — вся онтология.

В позитивном смысле релятивизм это, прежде всего, отсутствие догматизма, понимание варьированности реалий в силу их сосуществования и взаимодействия, неизбежного включения в различные контексты.

Современная эпоха постмодернизма с ее вседозволенностью, цинизмом, нигилизмом, низвержением всех табу, святых и авторитетов, эпатажем, кощунствами, жестокостью, — это и есть эпоха релятивизма, эпоха духовного кризиса, растянувшегося на целый

век. — Вернуть позитивный смысл всему этому, когда оно правит бал?

Может быть, это способ канализировать контрреакцию на это профашистского типа? Где здесь истина и что здесь истина, когда литераторы и кинорежиссеры словно соревнуются в живописании сексуальных технологий и извращений, способах развращения детей, получая за это престижные премии? Если это органично и функционально встроено в контекст художественного произведения, то все это, действительно, может приобретать совершенно другой смысл, бесконечно далекий от порнографии, тогда как цензоры, вырывающие и собирающие такие сцены, сами оказываются порнографами. Все это показывает **фундаментальную роль** понятий “понимания”, “интерпретации”, “значения” и “смысла”, “истинности” и “ложности”, т.е. **семантики для психиатрии**. Здесь сосуществуют две противостоящие друг другу концептуальные модели: тройственная модель знака Готлоба Фреге (треугольник Фреге: знак, смысл и значение)² и двойственная модель знака Фердинанда де Соссюра (знак, как единство означающего и означаемого). Разница состоит в отсутствии у Соссюра категории внеязыковой сущности, объективной истинности (“значение” у Фреге). Поэтому эта модель, предоставляющая неограниченное поле для всевозможных интерпретаций, получила наибольшее распространение в гуманитарных науках, особенно литературоведении, обеспечивая “полифоничность”, многомерность и неисчерпаемость способов понимания, тогда как в естественных науках, медицине, психиатрии необходима однозначная определенность понимания, представление об истинности здесь нередуцируемо.

Таким образом, мы видим, что понятие истины имеет разный смысл в разных науках, прежде всего, в науках о природе и науках о духе, эмпирических и нормативных. Игнорирование этого — одна из центральных ошибок наших оппонентов.

Понятие истины имеет также разный смысл в философии и науке. Так, Карл Ясперс категорически разводил философию и науку, категорически не признавал их смешения вплоть до того, что эпохальную работу Э. Гуссерля “Философия как строгая наука” назвал “пошлостью”. Для него философией переставало быть то, что обретало статус общепризнанного... В “Общей психопатологии” перед нами ученый, а на-

чиная с “Психологии мировоззрений” (1919), — философ новой ее разновидности — экзистенциализма, субъективно-идеалистической доктрины и по Тренделенбургу, и по Дильтею. Для нас это, разумеется, не ругательство, как в недавние времена. Дополняя “Общую психопатологию”, уже став философ-экзистенциалистом, Ясперс делал это как ученый, а не философ. Будучи одним из основоположников экзистенциальной философии, он был противником экзистенциальной психиатрии. Отсюда ясно, что диалектические ухищрения эвристики, софистика, парадоксы, переворачивание истины с ног на голову и ее выворачивание, и т.п., естественные в философии, в науке допустимы разве что в процедуре творческого варьирования в воображении, в мысленном эксперименте, т.е. за скобками. Нет, например, ничего общего между физическим и этическим релятивизмом на примере самого А. Эйнштейна.

Совершенно иначе проблема истины стоит в математике, как совершенно особой дисциплине о сфере идеального, т.е. вневременного, тогда как все другие науки — о реальном, т.е. историчном мире.

Итак, **наряду с историческими метаморфозами типов научной рациональности** (классический, неклассический, постнеклассический), на которых акцентировал внимание П. Д., **понятие истины имеет разный смысл в разных науках, в философии и науке, в науке и математике.**

Но все это не означает множественности истины, т.к. это ответы на разные вопросы в разных сферах, аспектах, масштабах, ситуациях, преследуемых целях... Адекватность всему этому в ответах на *конкретные* вопросы в отношении *конкретных* индивидуальных больных, даваемых нами, как профессионалами (здесь имплицитны соответствующий практический опыт и феноменологическая установка), разумеется, неизбежно в определенном приемлемом приближении, обеспечивают научность нашего предмета.

Я хотел бы кончить благодарностью Павлу Дмитриевичу Тищенко за его замечательно ясный полемический текст, который самой постановкой своих вопросов в современном проблемном поле способствует расширению горизонта и более глубокому пониманию нами основ собственного предмета и необходимости его философского осмысления.

² Этому соответствует фундаментальное в феноменологии понятие интенции. У Гуссерля **интенция — это акт придания смысла предмету и сам этот смысл при постоянной возможности различия предмета и смысла. Интенциональная структура — это в самом общем виде различие и единство интенционального акта** (нозис, процесс придания смысла), **интенционального содержания** (ноэма, смысл, предмет в определенном смысловом ракурсе, понятие, суждение) **и предмета как такового** (истинностное значение).

Неадекватность унитарной концепции депрессивных синдромов¹

Ю. С. Савенко

Обилие литературы по депрессиям в последние десятилетия носит экстенсивный характер, анализ проводится по разным основаниям и направлениям, а попытки типологии депрессий лишены обсуждения системы оснований таких типологических попыток. Авторы отталкиваются от разных эмпирических оснований, игнорируют разное понимание основополагающих клинических категорий. Отсутствуют даже попытки корректных перепроверок исследований, базовых для противоположных представлений. Традиционные исследования фиксируют внимание на наиболее характерных для массива больных с аффективными расстройствами “смешанных тревожно-депрессивных состояниях”, тогда как для выявления типологически чистых синдромов необходимо сравнительное исследование крайних типов. Это дает возможность выяснить их структурные феноменологические и патогенетические различия и впредь говорить не о “смешанных”, а о различных видах комбинированных тревожно-депрессивных синдромов.

Обсуждаются основания выделения самостоятельного тревожного синдрома, соответствующего по рангу, объему и сложности меланхолическому. Тревожный синдром рассматривается как таксономически ядерный для тревожных синдромов, так же как меланхолический является ядерным для депрессивных синдромов. Лежащая за этим клинико-психопатологическим разграничением разная патогенетическая основа тревожного (психотического тревожного) и меланхолического синдромов открывает широкое поле для более тонких структурных характеристик, имеющих клинически значимый смысл. Принципиальным недостатком МКБ-10 в этом отношении является отсутствие в кластере тревожных состояний психотических форм.

Ключевые слова: таксономия депрессивных синдромов, тревожный психотический синдром.

Описано более десятка депрессивных синдромов с ядерным меланхолическим или синдромом тоскливой депрессии, хотя в клинической практике наиболее часто встречается тревожно-депрессивный синдром, описываемый во многих руководствах по психиатрии крайне неудовлетворительно. Резкие различия составляющих его тревоги и депрессии привели к выделению более 100 лет назад самостоятельных от меланхолической депрессии невроза страха (Angstneurose) Sigmund Freud в 1895, психоза страха (Angstpsychose) Carl Wernicke в 1900 и инволюционной меланхолии Emil Krepelin в 1898 г.

Однако в современной международной классификации психических расстройств присутствует только невроз страха, именуемый “генерализованным тревожным расстройством” (F 41.1), наряду с “эпизодической пароксизмальной тревогой (паническим расстройством)” (F 41.0) и “смешанным тревожным и депрессивным расстройством (легкая или нестойкая тревожная депрессия)” (F 41.2).

Синдром психотической тревоги в МКБ отсутствует, хотя это несомненная клиническая реальность. Попытка выразить ее на языке МКБ принуждает использовать шифр “тяжелого депрессивного эпизода с психотическими симптомами (F 32.3) или без них (F 32.2)”, т.к. под психотическими симптомами в

МКБ имеются в виду бред и галлюцинации, т.е. проявления, выходящие за пределы аффективного регистра. МКБ игнорирует классическое представление Kurt Goldstein (1927, 1957) о психотической глубине в рамках аффективного регистра, что является грубым упрощением, лишаящим нас клинически высоко значимых феноменологических дифференциаций многих авторов, вполне посильных для практических врачей.

Описание депрессивного синдрома, казалось бы, одно из наиболее ясных и простых в психиатрии, при ближайшем рассмотрении оказывается одним из сложнейших. Дело здесь в трудностях описания эмоций как таковых. Можно сказать, что до Max Scheler и Moritz Geiger, впервые применивших в 1913 г. феноменологический метод к сфере чувств, никто из ученых — мы не говорим о писателях и философах, непосредственно переживших депрессию, — не дал удовлетворительного анализа этой сферы психики. Наконец, само понимание эмоций до сих пор гипостазировано (т.е. объективизировано, овеществлено) вопреки осознанию столетие назад, что это лишь один из модусов рассмотрения мира психики, а для психиатра намного корректнее сказать: мира личности.

Наивно возвращаться после тонких феноменологических разграничений к депрессивной триаде E. Krepelin, ученика W. Wundt, хотя и превосходшего учителя, но оставшегося здесь в рамках ассоциативной психологии. Наивно конструировать в наше время различные психопатологические синдромы на ос-

¹ Выступление на региональном конгрессе ВПА в Ереване 15.04.2011.

Таблица 1. Разнородность и разнопорядковость депрессивных синдромов в унитарной концепции

Тревожная депрессия	Меланхолическая депрессия	Астеническая Деперсонализационная Сенестопатическая
Ажитированная Адинамическая и ступорозная		
Апатическая		Фобическая Обсессивная

нове такой триады (заторможенность аффективной, идеаторной и моторной сферы).

В наше время необходимо оперировать в этой проблеме не тремя, а хотя бы семью наиболее значимыми для нее **модусами психики**, но прежде всего, первыми двумя:

- 1) феноменологическая структура аффективности;
- 2) сознание себя и мира;
- 3) уровень побуждений;
- 4) когнитивный, “идеаторный” модус;
- 5) двигательная активность;
- 6) поведенческие акты, отличные от собственных стереотипов;
- 7) формы течения.

Все эти модусы должны рассматриваться как единая динамическая система, но не отдельных самостоятельных характеристик, а различных сторон, граней единого целого. Это всегда только каркас необходимого описания конкретного больного с аффективными расстройствами, который заполняется врачом после непринужденной клинической беседы.

Традиционные клинические описания психических расстройств аффективного регистра (табл. 1) разнопорядковы и разнородны. В частности, описания депрессивных и тревожных состояний до сих пор осуществляются как бы на плоскости, т.е. художником-примитивистом, не знающим перспективы, не передающим реальной многоплановости пространства, игнорирующим измерение глубины.

Между тем, депрессивные синдромы разнятся по рангу, объему и сложности. Так, адинамическая, анестетическая и апатическая депрессии выстраиваются как естественные градации интенсивности, тогда как тревожная депрессия отличается от тоскливой радикальным качественным образом.

Это очередной раз показало проведенное нами еще 40 лет назад (1972, 1974), одновременно с циклом работ Martin Roht, развернутое сравнительное исследование редких крайних типов — однородных мноморфных меланхолического (тоскливого) синдрома и психотического тревожного синдрома. Показало — как видно на табл.2 — что по всем указанным семи фундаментальным модусам, как и по многим другим характеристикам, таким как речь, голос, мимика, мышечный тонус, вегетатика, а также экспериментально-психологическим показателям (тесту Роршаха, преодолению различных форм маскировки, псевдо-

скопической инверсии и т.д.) имеются резкие отличия.

Это позволяет утверждать **базовый характер этих синдромов**, тем более что за ними стоит выявленное в наших исследованиях фундаментальное различие: **тенденция к гиперконстантности**, в частности, восприятия **при меланхолическом синдроме и гипоконстантность при тревожном психотическом синдроме**. О патогенетическом различии этих синдромов на разных уровнях свидетельствуют принципиально другие ЭЭГ-структура сна, разнообразные параклинические показатели, используемые антидепрессанты и мн.др.

Изложенное дало основание считать унитарную концепцию депрессии и соответствующую ей таксономии депрессивных синдромов несостоятельными и предложить рассматривать семейство тревожно-депрессивных синдромов как пересечение круга депрессивных синдромов с ядерным меланхолическим и круга тревожных синдромов с ядерным анксиозным (психотической тревоги) (рис. 1) или как две оси (рис. 2).

Тем самым ясно, что вместо прежних давно оставленных ведущими клиницистами (Kurt Schneider, Arthur Kronfeld и др.) представлений о смешанных состояниях, появляется возможность квалифицировать реальное разнообразие комбинированных форм за счет различного рода структурно-динамических особенностей: тревожных пароксизмов или эпизодов различной длительности на депрессивном фоне, где они разыгрываются на психотическом и непсихотическом уровне. Эта многоструйность на разных уровнях, сопричастие первичных и вторичных, непсихотических и психотических депрессивных и тревожных проявлений разного рода объясняют и разногласия авторов, которые на деле являются несоответствиями изучавшегося контингента больных по нозологии, по глубине расстройства, по этапу развития заболевания и множеству других клинических характеристик. Попытка квалификации тревожно-депрессивных состояний, игнорирующая эту многоуровневость, динамические особенности, первичность или вторичность расстройств неизбежно приводит к путанице и грубым ошибкам.

Так, наряду с непсихотическими формами тревожных и тоскливых состояний на поведенческом уровне, в глубине часто сохраняются первичные виталь-

Таблица 2. Типологическое различие меланхолического и тревожного синдромов

Модусы психики	Меланхолический синдром (с-м тоскливой психотич.депрессии)	Синдром тревожной психотической депрессии
Феноменологическая структура аффективности		
качество переживания:	опустошенность безрадостность подавленность	предчувствие угрозы, опасности, ожидание катастрофы, беды, смерти
переживание времени:	<i>интенция</i> в мучительное прошлое <i>перспектива</i> бесповоротности, тупиковости, необратимости <i>вероятность</i> : несомненной однозначности	<i>интенция</i> в катастрофич. будущее <i>перспектива</i> острой незавершенности <i>вероятность</i> : неопределенности, противоречивости
преобладающие содержания	<i>динамика</i> : всякое движение и развитие, само время остановились, перестали существовать виновности, самоуничтожения, одиночества, ипохондрические, ущерба, суицидальные мысли	<i>динамика</i> : неотвратимое приближение катастрофы, непрерывное ожидание “вот-вот” смерти, катастрофы, беды, пыток, ипохондрические, ущерба, суицидальные мысли
психотическая (витальная) глубина	диффузность и стойкость ядерных характеристик	диффузность и стойкость ядерных характеристик
Сознание себя и мира	ничтожность и ненужность в омертвелом мире	незащищенность и уязвимость в катастрофичном мире
Уровень побуждений	<i>апатия</i> , отсутствие побуждений, торможение, но не снижение витальной активности переживание бессилия, полного истощения сил, утрата инициативы, спонтанности	<i>неиссякаемое беспокойство</i> , побуждение к бегству, защите переживание внутренней и общей напряженности
Когнитивная продуктивность и поток сознания	замедлены уменьшены упрощены	ускорены стереотипны примитивны
Двигательная активность	адинамия, заторможенность	двигательное беспокойство
Поведенческие акты	стремление к уединению, отгороженность	апелляция к помощи, высокая аффилиация
Формы течения	хроническое, стереотипное застывание в монотонности, или фазы	пароксизмы, приступы, раптусы, застывание непрерывных перепадов

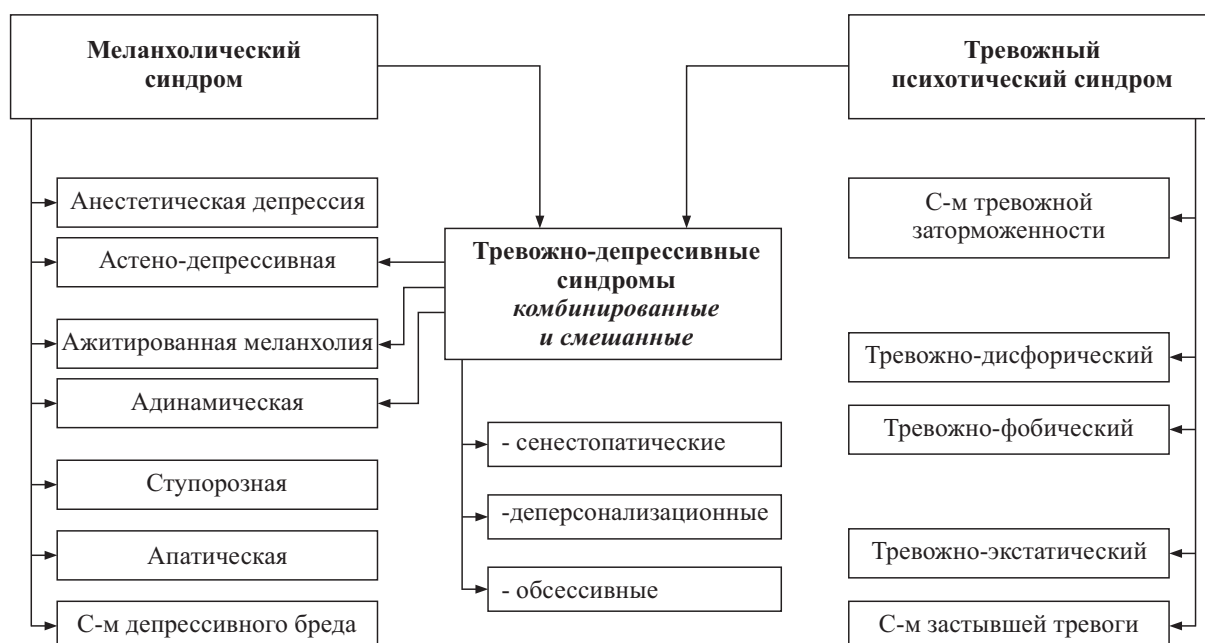


Рис. 1. Таксономия тревожных и депрессивных психотических синдромов



Рис. 2. Два основных измерения настроения

Таблица 3. Психотические депрессивные и тревожные синдромы

астено-ДЕПРЕССИВНЫЙ	астено-ТРЕВОЖНЫЙ
деперсонализационно-ДЕПРЕССИВНЫЙ	деперсонализационно-ТРЕВОЖНЫЙ
обсессивно-ДЕПРЕССИВНЫЙ	обсессивно-ТРЕВОЖНЫЙ
ДЕПРЕССИВНО-фобический	фобически-ТРЕВОЖНЫЙ
ДЕПРЕССИВНО-сенестопатический	ТРЕВОЖНО-сенестопатический
ДЕПРЕССИВНЫЙ	ТРЕВОЖНЫЙ
ДЕПРЕССИВНО-тревожный	ТРЕВОЖНО-депрессивный
ДЕПРЕССИВНО-ТРЕВОЖНЫЙ	ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫЙ
тревожно-ДЕПРЕССИВНЫЙ	депрессивно-ТРЕВОЖНЫЙ
-----	ТРЕВОЖНО-дисфорический
-----	ТРЕВОЖНО-экстатический
ажитированная ДЕПРЕССИЯ	
адинамическая ДЕПРЕССИЯ	адинамически-ТРЕВОЖНЫЙ
ступорозная ДЕПРЕССИЯ	ступорозно-ТРЕВОЖНЫЙ
апатическая ДЕПРЕССИЯ	
ДЕПРЕССИВНОГО бреда	-----
	застывшей ТРЕВОГИ

ные тревога и тоска, которые, породив вторичную симптоматику, вовсе не исчезли, не трансформировались в эти вторичные содержательные формы полностью, а только частично, только зашторивая картину целого. Поэтому, проанализировав какой-либо отдельный феномен или фрагмент картины целого, легко впасть в заблуждение относительно репрезентативности выбранных фрагментов.

Наконец, представленные на табл. 2 различия аффективной структуры тоски и тревоги позволяют не идти на поводу часто неверного употребления этих слов больными, а квалифицировать их состояние дифференцированно и точно.

Важно зафиксировать структуру тревожно-депрессивных состояний написанием аффекта психотической глубины заглавными буквами и начиная с того, который определяет клиническую картину состояния. Например, тревожно-ДЕПРЕССИВНЫЙ или ДЕПРЕССИВНО-тревожный и т.п. (табл. 3).

О “смешанных” тревожно-депрессивных состояниях говорят в тех случаях, когда не в состоянии квалифицировать переживания больных. Это связано с неспособностью больного или нашей собственной, либо с настолько глубоким аффективным расстройством, когда даже склонный к тонкому самоотчету больной бессилён в силу реальной аморфности

чувств и связанного с этим состояния. Поэтому число психотических синдромов значительно меньше, чем непсихотических. Таксономия депрессивных и тревожных синдромов не является симметричной: тревожно-фобические синдромы редки, а тревожно-дисфорические и тревожно-экстатические синдромы не имеют аналогов на тоскливом фоне, например, бессмысленно говорить о смешанном тревожно-апатическом синдроме.

За тоскливым синдромом стоят различные формы, глубина и степени угнетения, торможения, тогда как за тревожным синдромом — функциональная неустойчивость регулирующих механизмов разного уровня. Это согласуется с нашими данными о значимо преобладающей органической отягощенности при тревожных синдромах. Это нельзя не сопоставить с частой пароксизмальной и приступообразной формой протекания тревожных состояний, а также с тем, что страх характерен для астматических и сердечных приступов, тогда как хроническая гипоксия, хронические боли, хроническое протекание заболеваний обычно сопровождается подавленным, а не тревожным настроением. Хотя механизмы депрессии и тревоги различны, они коморбидны. Но коморбидность — не основание для их

отождествления и рассмотрения в качестве вариантов. Это интерференция и резонирование совершено различных процессов.

Итак, выделяемый в рамках аффективного регистра кластер депрессивных состояний разнороден, а их таксономии намного адекватнее передает представление о двух самостоятельных кластерах, тревожном и депрессивном, фармако-, психотерапевтическая и реабилитационная тактика при которых существенно различаются.

Противоположная позиция (H. S. Akiskal, W. T. Jr. Mc Kinney, 1973; C. N. Stefanis, N. C. Stefanis, 2001) опирается на массовые исследования, предпочитая их тонким индивидуальным. Но даже в постановке вопросов и характере этих исследований, и в трактовке полученных результатов она проходит мимо основного вопроса, поскольку исследования проводились на больных не с полярными мономорфными психотическими синдромами, а со смешанными тревожно-депрессивными пограничными состояниями. Между тем, доказывать следовало не высокую коморбидность тревоги и депрессии, которая у всех на виду и не является предметом спора, а клинико-патогенетическое различие или единство полярных типов тревоги и депрессии.

РЕКОМЕНДУЕМ:

Владимир Петрович Зинченко

СОЗНАНИЕ И ТВОРЧЕСКИЙ АКТ

М.: Языки славянских культур, 2010, 592 стр.

Транссексуализм или шизофрения? А были ли основания для смены пола?

В апреле 2010 г. в НПА России обратилась Цыгуль Алевтина Петровна¹, сделавшая первую операцию по изменению пола. Ее обращение было связано с тем, что бывший муж подал в суд исковое заявление о лишении ее родительских прав и определения места проживания ребенка.

В своем заявлении Цыгуль А. П. просила ответить на следующие вопросы:

1) является ли транссексуализм заболеванием или расстройством, препятствующим выполнению биологическим родителем, сменившим женский пол на мужской, функции по воспитанию ребенка?

2) может ли общение ребенка с родителем, перенесшим операцию по смене пола, отрицательно сказаться на психическом развитии ребенка?

3) представляет ли угрозу для развития ребенка общение с матерью, перенесшей операцию по смене пола в связи с диагнозом “Транссексуализм. Ядерный тип”?

Она представила на комиссию следующие медицинские документы:

1) заключение доцента кафедры психологической помощи, члена лаборатории психологии гендерных отношений РГПУ им. А. И. Герцена канд. психол. наук М. Л. Сабунаевой от 29 марта 2010 г.;

2) заключение комиссии специалистов Российского научного центра хирургии им. акад. Б. В. Петровского РАМН от 26.01.2010;

3) заключение комиссии специалистов факультета клинической психологии Санкт-Петербургской государственной педиатрической медицинской академии от 30 марта 2010 г.

Специалисты НПА пригласили для анализа случая проф. А. О. Бухановского, признанного специалиста в этой области. Созданный им социально-реабилитационный центр “Феникс” уже более 10 лет занимается проблемами сексуальных девиаций и осуществляет медицинское и реабилитационное сопровождение лиц, перенесших операции по смене пола.

Основания для лишения Ц. родительских прав в соответствии со ст. 69 Семейного кодекса РФ отсутствовали, и судебное дело было выиграно. Однако судьба Ц. остается нерешенной, а вопрос о правомерности операции по смене пола находится под сомнением. Поскольку проблема транссексуализма мало знакома врачам-психиатрам, за исключением тех, кто специализируется в этой области, мы решили опубликовать материалы разбора данного случая.

Разбор ведет проф. А. О. Бухановский (Ростов-на-Дону), врач-докладчик Н. В. Спиридонова

Цыгуль Алевтина Петровна, 1981 г. рожд.

Жалобы на повышенную раздражительность, нарушение сна (затрудненное засыпание, тяжелые сновидения). Состояние ухудшилось в течение последней недели, в связи с судебной ситуацией.

Анамнез (со слов освидетельствуемой). Наследственность — дед по л/м страдал алкоголизмом, мать обращалась за помощью к психиатру или психологу (точно не знает) после смерти сына. Родилась в Московской области в семье служащих, родители живут очень дружно. Ц. была младшей из троих детей. Старший брат умер в возрасте 7 лет от рака мозга. Средней сестре 35 лет, здорова, замужем, имеет троих детей и

беременна 4-м. Отношений с сестрой в настоящее время не поддерживает. Считает, что сестра никогда не относилась к ней с теплом и любовью, в детстве обижала, их отношения были неравными. Сестра часто перед родителями свои проказы сваливала на Ц., а она чувствовала себя виноватой, просила прощения. Матери 65 лет, по характеру мнительная, старается всем угодить, за всех переживает, всех жалеет, с другой стороны вспыльчивая, обидчивая, злопамятная. За последние 15 лет у матери было 4 инсульта, страдает болезнью Паркинсона. Отцу 63 года, скрытный, весь в себе, в своих увлечениях, любит заниматься с компьютером, много читает, по характеру более ровный, спокойный, отходчивый, с чувством юмора, очень правильный. Отдалился от дочери после того, как она пошла в детский сад. До этого уделял ей мно-

¹ Фамилия, имя, отчество изменены

го времени, они вместе гуляли, вместе смотрели спортивные передачи. В 2007 г. узнал, что Ц. хочет сменить пол и сразу “отверг меня”, перестал общаться с дочерью и препятствует встречам жены с ней.

Ц. родилась вскоре после смерти брата, матери в тот период было 36, а отцу 34 года. Сведений о беременности и родах не имеет, но знает, что родилась на две недели позже срока. До года были непонятные подъемы температуры. В раннем детстве от сверстников по развитию не отставала. Когда ее отдали в детский сад, то в саду оставалась со слезами, боялась, что мама не заберет ее вечером. В саду больше почувствовала разделение детей на мальчиков и девочек, из-за этого чувствовала себя неуютно, “зажатой”. Не нравилось, что она девочка, больше любила играть с мальчишками, тянулась к ним. Сама любила играть в принцев (принцем была она), медвежат, тигрят. В 4 года нарядилась в мушкетера, ходила по подъезду и говорила всем, что она мушкетер. Ц. не нравилось, когда мама называла ее принцессой, наряжала. Ц. любила наряжаться в вещи умершего брата, родители либо ругали ее за это, либо говорили, что это пройдет с возрастом.

В школу пошла с 6 лет. Первая учительница за непослушание была детей, и Ц. боялась ее. В младших классах отношения с одноклассниками были нормальными, но Ц. любила играть с мальчишками, вела себя как мальчишка и лучшим другом был мальчик: “Дружили мы по-пацански, но нас дразнили женихом и невестой”. В четвертом классе к ним пришел новый ученик, он “увел моего друга”, сам стал дружить с ним, способствовал и тому, что в классе к ней стали плохо относиться. Она не могла найти себе друзей в классе, стала изгоем. Кроме того, считает, что внешне была непривлекательной, худенькой, бледной, плохо одетой. Отмечает, что семья в материальном отношении была необеспеченной, и она ходила в обносках. В классе стала “козлом отпущения”, ее дразнили, смеялись над ней, звали “бомжихой”. Мальчишки, а иногда и девочки избивали ее, а она постоять за себя не могла. “Они творили жуткие вещи. Ловили меня, держали и мазали собачьими экскрементами, засовывали их в портфель, домой приходила с синяками”. Говорит, что родители не пытались защищать ее, “отец вообще не реагировал, называл “дебилкой”. Считает, что ее родили для утешения после смерти брата, а получилось наоборот, часто слышала от них: “Все дети как дети, а ты...”. В этот период плохо спала, часто повторялись сны с кошмарами. Снилось, что ее затягивает в сток туалета или ванной, у кого-то отваливаются руки, режут голову. В школе успеваемость снизилась, любила рисовать, по остальным предметам училась плохо. К доске ее учителя почти не вызывали, так как начинались беспорядки в классе — “кричали в мой адрес гадости, кидали бумажки”. Однажды Ц. испугалась такой реакции одноклассников, у нее закружилась голова, было плохо. Ц. окончила 11 классов, год занималась на подготовительных кур-

сах в университете леса, но не поступила. С 1999 по 2005 гг. она заочно училась в Московском государственном университете сервиса, получила специальность инженера технолога, дизайнера изделий из конструкционных материалов. По специальности не работала, работала официанткой, продавцом, гримером на телевидении, откуда была уволена, как только узнали о том, что она беременна. Сейчас работает визажистом по объявлениям, но такая работа бывает редко, также зарабатывает, снимаясь в кино в массовках, снимается в мужских костюмах.

Перенесенные заболевания. До года неясные подъемы температуры (лечилась стационарно). В 4 г. краснуха, ветряная оспа. Часто и длительно болела ОРЗ. В 12 лет коклюш в тяжелой форме, лечилась стационарно. 15 лет мононуклеоз в тяжелой форме. В 17 лет было подозрение на сахарный диабет (в анализах крови глюкоза до 12 – 11,5 ммоль/л), была обследована в больнице — диагноз панкреатит. Гайморит. В школе после избиения отмечала головные боли, головокружения, была тошнота и рвота, но к врачу не обращались. В 21 год госпитализация в травматологическое отделение с д-зом: сотрясение головного мозга, гематомы лица, перелом левой лучевой кости (избита и изнасилована в офисе пьяным сотрудником).

Месячные с 14 лет, установились быстро, регулярные, до 19 лет болезненные. Половая жизнь с 20 лет. Было 3 беременности: аборт, выкидыш на малых сроках и роды. Половая жизнь с мужчинами не удовлетворяла, меняла партнеров — “пыталась адаптироваться и жить, как природа сделала”. В сексуальные отношения с женщинами не вступала. В 24 г. (2005г.) вышла замуж, объясняет это тем, что хотела уйти от родителей, кроме того жених был ей симпатичен, приятен, надеялась, что сможет приспособиться к семейной жизни. Ц. говорила будущему мужу о своих проблемах с сексуальной ориентацией, но он очень любил ее и не придавал ее словам должного значения. После брака прожили вместе один год, семейная жизнь не складывалась, сексуальные отношения с мужем не устраивали Ц., возникали конфликты и из-за того, что она не хотела заниматься домашним хозяйством, не любила и не хотела готовить. У Ц. снизилось настроение, она стала плаксивой, раздражительной, у нее нарушились отношения не только в семье, но и на работе, в обществе. Она самостоятельно обратилась за помощью в Щелковский ПНД и в марте 2006 г. в течение месяца лечилась в отделении неврозов ПНД с диагнозом циклотимия. В 2006 г. Ц. приняла решение о смене пола, сказала об этом мужу, в декабре 2006 г. они развелись. Ц. начала самостоятельно принимать гормональные препараты — омнадрен. Как она считала, на фоне приема гормонов у нее прекратились месячные, а позже она узнала о том, что беременна. Срок беременности был 6 месяцев, аборт было делать поздно, и она решила рожать. После этого они вновь стали жить с мужем вместе. По рекомендации старшей сестры, которая всех детей рожала дома, у Ц.

роды также были в домашних условиях в присутствии сестры и акушерки, роды длились 32 часа — “это был кошмар”. 9 августа 2007 г. Ц. родила девочку. Сестра считала, что домашние роды и кормление ребенка грудью пробудят у Ц. материнские чувства, и она почувствует себя женщиной. Ц. больше года кормила дочь грудью. Говорит, что ей хотелось заботиться о дочке, защитить ее от любых неприятностей, но она испытывает к ней родительские, а не материнские чувства. В декабре 2008 г. Ц. ушла из семьи с твердым намерением изменить свой пол. Дочь осталась с мужем. Вначале она встречалась с дочкой. В апреле 2009 г. Ц. настояла на осмотре ребенка эндокринологом, с учетом своих сексуальных проблем и так как во время беременности принимала гормоны, в дальнейшем муж отказался от наблюдения ребенка у эндокринолога. С лета 2009 года муж стал препятствовать встречам Ц. с дочерью, говорил, что “пусть она тебя забудет как мать, а потом ты будешь представляться каким-нибудь родственником мужского пола”, на что Ц. согласилась. Однако продолжала интересоваться здоровьем девочки, посылала ей небольшие подарки. Помогать мужу материально она не могла, так как постоянной работы не имела.

С целью изменения пола 26.01.2010 г. Ц. проведена операция двухсторонней мастэктомии, она получает гормональную терапию, готова к дальнейшим операциям. Говорит, что последний год, после принятия решения об изменении пола в ее жизни наступила какая-то определенность, у нее хорошее настроение, появилось много новых друзей, которые поддерживают ее. Но 11 марта 2010 г. она узнала о том, что бывший муж обратился в суд с заявлением о лишении ее родительских прав.

Психическое состояние. На прием пришла вовремя, держится корректно, с чувством дистанции. Среднего роста, изящная, внешне опрятна, ухожена, одежда и стрижка в стиле унисекс, выглядит моложе своего возраста. На теле татуировки (на правом предплечье голубой щенок, на левом плече надпись *citare* и солнышко, на правом плече театральные маски), говорит, что ей нравятся татуировки, и она будет делать их еще. Представилась мужским именем, считает, что так к ней должны обращаться врачи. Когда выяснилось, что она не сменила паспорт, и к ней будут обращаться в соответствии с паспортным именем (женским), дает реакцию раздражения, хмурится, несколько демонстративно говорит, что этим ей испортили настроение, пытается настаивать на своем, но позже соглашается и продолжает беседу спокойнее. О себе рассказывает достаточно откровенно, обстоятельно, голос несколько грубоват, но все же женский. На некоторые вопросы о годах, проведенных в старших классах школы, отвечать отказывается, говорит, что это тяжелые воспоминания, она чувствовала себя изгоем и вспоминать об этом не хочет. О родителях и сестре говорит довольно холодно, подчеркивает, что семья ее отвергла. Рассказывает, что сейчас у нее много новых дру-

зей, с которыми ей хорошо, не без кокетства заявляет, что у нее появились поклонницы, которым она нравится, как мужчина. Когда врач комиссии заметила, что Ц. не очень похожа на мужчину, она дала реакцию раздражения, злости, ответила в обидной, оскорбительной форме. В процессе беседы выяснилось, что в настоящее время Ц. проживает с мужчиной, что это как бы гомосексуальная пара, в которой Ц. является пассивным партнером, и это ее вполне устраивает.

Проведено **экспериментально-психологическое исследование** с использованием тестов Роршаха и Люшера, теста акцентуаций по Леонгарду, рисуночных тестов “Человек” и “Дом и три человека”.

Испытуемая настаивает, чтобы к ней обращались в мужском роде, называли ее Евгением. Выражает радость по поводу того, что наконец-то после мастэктомии может чувствовать гармонию разума и тела. Смысл обследования понимает, работает добросовестно, но без особого желания, результатами исследования активно не интересуется.

По результатам теста Роршаха для Ц. характерен высокий уровень психической активности (51 ответ при обычных 20 – 30), высокий мотивационный потенциал, достаточная категориальная четкость познавательных процессов и аналитический характер восприятия в сочетании со снижением качества психической продуктивности (50% ответов облегченного типа). В эмоциональной сфере выявляется повышенная эмоциональная напряженность, выраженное снижение контроля эмоций ($FC-CF=0 \ll 5$) и высокий уровень тревожности, которая, однако, успешно преодолевается, благодаря компенсаторным возможностям. Отмечаются истерические инфантильные черты (большое количество образов с опорой на цвет, фантастические образы, снижение индекса реалистичности, тенденция к оппозиционности, стремление идти на рожон).

По данным теста Леонгарда отмечается акцентуация по гипертимному и эмотивному типу, достаточно выражены демонстративные черты. Для испытуемой характерна склонность к повышенному настроению и активной деятельности, сосредоточена на изменении собственного тела, приведении его в соответствие со своей половой самоидентификацией. Характерна аффективная лабильность и склонность к сильным переживаниям.

Тест Люшера выявляет серьезные трудности в адаптации в социальной среде: выраженная избирательность в контактах, уход в мир субъективных представлений, фантазий, мечты. Отмечается сензитивность, тонко дифференцированная чувствительность, ирреальность притязаний и субъективизм в оценке жизненных явлений, черты эмоциональной незрелости. Данные теста указывают на эстетическую ориентированность и своеобразие пристрастий. Выражена потребность в сочувствии, понимании и одобрении, отмечается настойчивость в отстаивании своего мнения.

Рисунки крупные, яркие, экспрессивные (попросила цветные карандаши). Рисунок “Человек” отражает идентификацию с лицами мужского пола, рисунок “Дом и три человека” говорит о несформированности нормальных семейных ценностей (рисует трех, никак не связанных между собой людей: бабушка на скамейке вяжет носок, рядом “мужик с кружкой пива”, а перед ними девочка, бегущая за собакой).

Таким образом, по данным экспериментально-психологического исследования Ц. является сензитивной, аффективно неустойчивой художественно одаренной личностью, идентифицирующей себя как мужчину, с высоким уровнем активности и фиксацией на изменении пола, с некритичным отношением к своей социальной дезадаптации в связи с повышенным фоном настроения.

БЕСЕДА С Ц.

— Добрый день, меня зовут Александр Олимпиевич. Я ознакомился с Вашими документами, Наталья Васильевна нам подробно доложила о результатах вашей беседы. Мы работаем по закону и будем обращаться к Вам по паспорту, пусть Вас это не обижает. Закон по-другому не позволяет. — *Это даст сразу протест. Я не смогу нормально общаться, вы же это понимаете. Не смогу быть откровенным.* — Это я понимаю. А что мешает Вам быть откровенным? — *Но, собственно, для чего я это все проходил? Чтобы ко мне обращались, т.к. мне больно и неприятно?* — Вы же не воспользовались данной Вам возможностью. — *Какой возможностью?* — *Изменить паспорт.* — *Что значит, не воспользовался? У меня пока еще такие обстоятельства.* — Какие обстоятельства мешают Вам воспользоваться? — *Это временные обстоятельства.* — Вы можете сказать, какие обстоятельства? — *Это связано с родителями, в том плане, что они не хотят, и я их понимаю прекрасно. Если я пойду туда по месту своей прописки менять документы и соответственно объясню причину, конечно, это будет не очень хорошо. Буквально через 15 минут будет знать весь городок.* — Как Вы планируете жить дальше? — *Я сейчас решаю этот вопрос, у меня есть пока наметки, как это сделать, т.е. поменять место прописки, и есть человек, который хочет мне в этом помочь, т.е. грубо говоря, меня к себе прописать.* — Кто дал Вам разрешение на операцию? — *Мне дали разрешение. Дело в том, что я в двух местах обследовался, изначально мне его дали летом еще. Но они сослались на какой-то закон, что не выдают на руки никаких документов. Мне там очень сложно пришлось. Вот первый этап операции удалось сделать, и я потом плюнул и уже после операции поехал в Питер еще раз заново. Еще раз заново проходить обследование, и там уже мне дали нормальные бумаги и о том, что диагноз мне поставили транс-сексуализм, и о том, что разрешается операция, и о том, что я могу менять документы. Это было в мар-*

те, мне уже дали бумагу о том, что могу менять документы. Но в этом году. — Есть законы, которым надо подчиняться, и не мы их писали. — *Хорошо, а можно по имени вообще никак не обращаться?* — Я пока не обращаюсь. — *Вот так очень хорошо.* — В этом мире Вы существуете под своим именем и фамилией. Любое действие юридическое будет осуществляться под Вашими именем и фамилией. — *Да ради Бога, пока у меня нет другого паспорта* — Какие вопросы Вы должны решить при изменении пола? Какую главную задачу Вы ставите? Я задал Вам вопрос, в то же время и простой, и сложный. Какую Вы хотели решить проблему таким способом? — *Сколько же раз я отвечал на этот вопрос.* — Я Вас вижу в первый раз, а это называется экспертиза. — *Мне нужно было обрести свою уже оболочку, стать тем, кем я должен быть. Обрести гармонию с самим собой, с этим миром.* — Скажите, пожалуйста, в чем дисгармония заключалась? — *Дисгармония души с телом, соответственно, и разума с телом.* — Вы знаете, это самые первые слова, которые я слышал, когда начал работать в 1974 году. В чем заключалась эта дисгармония между душой и телом? — *В том, что у меня тело было другого пола, нежели душа и разум.* — Т.е. Вы имеете в виду, что у Вас душа и разум были мужские, а тело женское? Какой способ Вы находите для решения этих проблем? — *Способ решения данной проблемы — это надо каким-то способом, надо было реализоваться в обществе, именно как мужчина. Это у меня, слава Богу, получилось, очень хорошо.* — Если можно, назовите способ, который Вы избрали? — *Изначально до операции, т.е. я уже принял облик соответствующий с помощью гормонов, одежды и всех этих составляющих. Потом уже стал всем представляться новым именем, вести себя по-другому.* — Как Вы узнали, что существуют гормоны? Как узнали, что существуют такие формы? Откуда источники? — *Интернет — всевышняя сила.* — Если бы не интернет, что было бы? — *Вы знаете, пока не было у меня интернета, у меня были несколько раз в жизни такие периоды, когда, не прибегая естественно к гормонам, поскольку я про них не знал, исключительно, что там: одежда, стрижка, как-то прятать грудь.* — Как Вы прятали грудь? — *Бинты и свободная одежда. Изначально бинтов даже не было. Просто какая-то свободная одежда. Как-то голос я старался тренировать, чтоб пониже был. Это сейчас он из-за гормонов. Как-то были попытки фигуру изменить. Гантели там, что-то качать. Это было у меня в 17 лет, такой период, потом под давлением родителей от этого отошел. Жалею об этом очень сильно.* — Что Вы считаете нужно сделать, чтобы Вы стали тем, кем хотели? Что Вы хотели? Перечислите, пожалуйста. Чтобы Ваша душа совпала с телом? — *Ну, понятно, что хирургические операции необходимы.* — Что включают хирургические операции, которые Вам необходимы? — *Ну, первое это то, что я уже сделал, мастэктомия, удаление груди. Это я*

считаю одно из самых важных, поскольку уже этот облик, даже чисто внешний образ соответствует. Дальше уже делается удаление. — Ну, вот что делается? — Конечно, я этого очень хочу. — Удаление чего? — Удаление внутренних органов женских, придатков. Дальше все этапы фаллопластики. Я конечно этого хочу, но пока я подожду с этим. — Почему? — Все-таки уже, это конкретно довольно дорого, и есть много там всяких минусов. — Какие минусы? — Ну, это довольно сложная процедура, мне надо над собой поработать пока. — Почему? — Отрастить то, из чего лепить. Я над этим тружусь. Ну, может быть, все-таки медицина на месте не стоит и постоянно совершенствуется, я еще чуть-чуть подожду, пока не будет у нас лучшее с этим в стране. Сейчас уже у многих успехи в этом. Сейчас стали появляться хорошие способы и денег же надо пособирать. — Скажите, у Вас болезнь, какая, телесная или психическая? — Считаю это исключительно физическим недостатком, что нужно изменить. — Скажите, у Вас есть какое-то расстройство, если Вы обращаетесь в медицину за помощью вплоть до операции? — Я считаю расстройство, называть это болезнью психической или как-то по-другому, я бы не стал. — Как Вы это назовете? Что с Вами происходит? — Я скорее назвал бы там особенностью организма, или может быть особенностью мозга. Это все-таки физические недостатки считаю. — ...Какой сферы? — Физическая особенность, это же вещи связанные получается, ну как это еще можно объяснить? Что тупо мужской мозг, но женские половые органы. — Кто Вам сказал, что у вас мужской мозг? — Зачем мне это говорить? Если сам это знаю. Если бы мне кто-то сказал, что это не так, я бы не поверил. — А что, женский ум и мужской отличаются? — Думаю да, не знаю. — Или это метафора у Вас? — В данном случае я имел разум все-таки. Потому что душа, ну это вообще спорный вопрос, существует ли она вообще? — И все-таки, это болезнь мозга? Не болезнь половых органов? Не болезнь грудных желез, нет? — Я не знаю, как это объяснить — Вот если бы перед Вами кто-то сидел, и Вы слушали и думали бы об этом. Этого вполне достаточно, что я сказал. Болезнь мозга, это когда надо лечить мозг. — Мне мозг лечить не надо. — Извините. Я пример приведу: Вот Наполеон Бонапарт, и он в этом убежден. “Меня лечить не надо, я Бонапарт!”. Но его лечат. — Получается? — Получается. — Кто-то не хочет 6 пальцев, а кто-то хочет. — А я изначально хотел, чтобы именно стать нормальной девушкой. Я пытался, я обращался к врачам, но потом я понял, что это невозможно. — Может не к тем врачам обращались? — Может и не к тем врачам. Но сейчас, что об этом говорить? Что я пойду обратно себе грудь пришить? Я не стану этого делать. Никогда. — Я хочу понять Вас. Вы понимаете, что Вы избираете неправильный путь, чтобы исполнить предназначенную Вам функцию, правильно я понимаю? — Какую функ-

цию? — У Вас есть все физиологическое и биологическое... Вы можете забеременеть — Слава богу, было это. — Я знаю. Вы можете забеременеть, Вы можете родить, Вы можете вскормить. — И кормил — Т.е. физиологически Ваша система, которую Вы выбираете... — А я выбирал это? А я что хотел, что бы меня таким природа сделала? — Я сейчас не об этом. ...Система, как Вы говорите, большого мозга. — Я это понимаю. Мне тоже все это... Мне не 15 лет. Я за всю свою жизнь не раз передумал. Уже пройдя и через роды, и вскармливание и через все материнство. — Вспомните и назовите 5 Ваших любимых игрушек дошкольного периода. — Обезьяна, мальчик, Микки-Маус, космонавт, Пончик, ну это там такой мальчик — Из “Незнайки”? — Да, и там еще самодельные, которые я сам делал. — 5 любимых игр? — Я таких общих не могу назвать. Я их сам придумывал. Мы играли во всякие там сюжетные игры, например, посмотрим какой-нибудь мультик или фильм интересный, какой-нибудь там “Остров сокровищ” и вот это вот все и разыгрываем. — Можете хотя бы один сценарий рассказать, который Вы разыгрывали? — Ну, например я придумывал, если это остров сокровищ, то там распределяли, кто есть кто, тоже там по командам, и клад у нас тоже был, тоже я придумал. Т.е брали там красивую коробку, собирали туда всякие сладости, всякие стекляшки, красивые там какие-то штуки. Одни, значит, прятали, зарывали и рисовали карту. — Минутку, а в какой роли Вы там участвовали? — Либо слепой Пью, либо Джим. Мне как-то они нравились очень. Ну и дальше всякими, там по фильму. “Великолепная семерка”, “Жандарм женится”. — В школе еще какие-нибудь проблемы были кроме взаимоотношений? — Ну я боялся учителей — Почему? — А я боялся быть плохим. — Вас что, наказывали за это? Били? — Ну, первая учительница да, она там всех наказывала и била, но я там не этого боялся. Ну расстроить родителей. — Почему? — А вот я не знаю. — Морально себя как-то плохо чувствовали? — Я боялся быть плохим для родителей, что они там переживают, что они там расстраиваются. — Т.е. чувство вины какое-то? — Да, вот это да. И вот это же чувство не давало мне еще столько лет пойти вот по этому избранному пути. — Еще другие проблемы были в школьные годы? — Ну, с учебой. — А на переменах, проблемы какие-то были? — А вот это уже связано вот именно с проблемой взаимоотношений. — Какие клички давали в детстве? — В школе там обидные. — ... — Какие? Помните? — Ну, там бомжсика. Из-за того что одет был не так. Ну там из-за того, что уши торчали. — Физические акценты, а еще какие-то клички давали? — Ну что касается не физического, то нет. Там все, вот именно внешне — А как у Вас дела с менструацией? — Плохо. — Что значит плохо? — Я очень долго вообще ждал, когда это начнется. Надеялся, что когда я стану вот уже физиологически половозрелой

девушкой, у меня мозги на место встанут. Я очень надеялся на это. Я сначала даже вроде как обрадовался, а вот потом чем дальше, тем хуже, я это уже переносил морально. Т.е. это не настолько было мне... как-то и неприятно и, с одной стороны, как-то это неестественно для меня. С другой стороны, чувство вины, за то, что я к этому не так отношусь, т.е. старался себя как-то там настроить, что это хорошо и что это правильно. Но вот как-то это не получалось. — Скажите, пожалуйста, были ли какие-нибудь влюбленности? — Конечно же. — В кого? — У меня их навалом было. И в парней, и в девушек. — Первая Ваша влюбленность? — В парня. — В каком возрасте? — В 9. Там была прямо такая любовь. — Друг в друга? — Это был друг сестры, он старше меня, ему 16. — Это было именно чувство? Или дружеское расположение? — Ну, сначала казалось, что это прямо любовь. Потом я стал себя ловить на том, что я хочу ему просто подражать, быть похожим. — Но это чувство осталось нереализованным. Да? — Дружили, там, общались. — Отношений как таковых, ну отношений, основанных на любви, не было? — Не было, конечно. — А второй кто был? — Это мне было 11, в 6 классе, ну там одноклассница, там девочка. Потом она надо мной посмеялась. Все мальчишкам рассказала, там вообще все плохо кончилось — Катастрофой, да? А как она заметила, что Вы ее полюбили? — А я сначала пытался дружить, потом рисовать там какие-то красивые картинки с подписями. Потом вроде бы стали по душам дружить. И вот я ей там сказал, что я ощущаю себя мальчиком, что я вырасту и сделаю операцию и трали-вали. Она вроде бы так “да-да”, вроде как там она меня поняла, посочувствовала. А потом пошла и всем рассказала. — Были интимные отношения? — Конечно, были. — С какого возраста? — Было одно изнасилование. — Да, я знаю на работе. — Нет, это было не на работе, это мы тогда просто упустили этот момент. — Первый интимный контакт — это было изнасилование? — Да, это было первый раз. Вообще первый в жизни. — В 16 лет, в какой ситуации случилось? — Ну там, на улице ко мне прицепился человек, стал что-то предлагать, типа пойдем там сходим — В какое время это было? — Это было вечером. Я тогда поругался с родителями и поехал там, в Москве гулять. Первый раз вообще один в Москве. Мы там, в Подмоскowie жили. Друзей у меня в то время практически не было. И, наверное, захотелось себя там ощутить таким независимым. И пошел с ним в кафе. И я еще был падок на всякие там сладости. Сначала он угощал меня там всякими пирожными, все такое. А потом что-то произошло, что он оказался со мной в одном помещении. — А если не секрет, какое помещение? Жилое? Квартира? — Нет, какая-то каморка. Я не знаю, что это. — А с женщинами были отношения? — Пытался строить отношения, но что-то вот пока не получалось у меня. Вот мне нравятся такие девушки, прилаmurенные, такие

все там расписные, и что-то пока не очень получалось. Я их как-то стесняюсь. Вот, хотя сейчас поклонниц просто девать некуда. Ну, вот пока что. Ну, я просто не хочу рассказывать пока о том, что я менял. — А были интимные отношения с женщинами? — Были с одной девушкой, мы встречались, были там только ласки, обнимались, целовались, за ручку ходили. — Но далеко не заходили? Устойчивых отношений тоже не было? — С девушкой? — Да, ну что бы жили под одной крышей? — Нет. — Что принимаешь сейчас? — Анадрен — Как часто? — Ну, раз в 2 недели. Сначала раз в 3. Потом пришлось подкорректировать — А можно посмотреть на твое тело? — Что? — Операцию, где делали? — В РАМН — Как называется? РАМН — это академия. — Центр хирургии им. Петровского. — Это рубец. А это для чего? — От удаления. У меня просто гипертрофированные рубцы пошли. Сейчас лечим. — А это для чего? — Для красоты. — Это же под рубашкой все? — Ну и что, что под рубашкой, а мне нравится — Тебе нравится? — Мне приятно, нравится. — Что за юридический вопрос возник сейчас? Отец девочки, т.е. бывший муж, представил иск в суд? — Да. — В том, что ты не уделяешь время ребенку? — Он давил на то, что — и в иске как раз — на то, что как раз была сделана операция... Он как-то там написал, что когда человек меняет пол, происходит социальная смерть человека. — Это пусть они пишут. Соответствует это тому, что ты не понимаешь? — Нет, не соответствует. — Ты помогаешь? — Да, я помогаю. — Чем? — Ну, во-первых я постоянно шлю там посылки, подарки. Мне очень нравится ей что-то покупать. Мне только вот грустно, что я не с ней хожу, а вот выбираю это один. По возможности деньги там посылаю. Стало даже ясно, что лучше что-нибудь покупать и высылать. Постоянно там письма пишу, туда с кем она живет. О том, как я ее люблю. Я ей пишу, хотя она и маленькая и не может еще пока прочитать и понять. Ну, вот как душа ... Ну вот хочется ей сказать, поэтому и пишу. Видеться хочется, конечно, все время, но в связи с этой непонятной ситуацией, как быть? Как видеться? Сложновато это пока. — А вот скажи, как ты себе представляешь, когда по паспорту станешь мужчиной, на работу выйдешь, вот кем ты будешь, в качестве кого? — В идеале мне бы хотелось, чтобы ребенок все знал, т.е. объяснить, ну чтобы ребенок знал. Вот я даже лично знаю как пример: семьи, где ребенок маленький с самого начала, с 3-х летнего возраста знал, о том, что это папа, но вот ему объяснили. Ну собственно никаких проблем там нету. И мне хотелось бы, зная все эту ситуацию со всеми родственниками и уже согласен уже как угодно, хоть дядей там представиться. — А что за права у тебя будут? — Логичный вопрос. Я одно время даже чуть не поддавался на такое, ну во-первых это понятно, ясно сразу, что даже если в общем-то сейчас препятствуют общаться с ребенком, а потом уже не за что бороться будет, не за что, скажут,

что тебя лишили родительских прав, иди гуляй, и я ее вообще больше никогда не увижу. — Ну вот пример: когда ребенок взрослеет без матери, в детском доме или еще где-то. А потом начинает мать искать и не находит. — Я знаю, но как же тогда я должен быть с ней пока она маленькая, пока она растет. А что же мне надо ждать пока она теткой станет? — Т.е. только правовые отношения? Должны тебе... помогать и т.д. ты обязан помогать сейчас. Ты настаиваешь на отношении, вот прийти, представиться и как-то так. Она уже взрослой будет. — Ну как взрослой? Ну как же мне иметь с ней отношения? Или мне надо ждать пока она сама станет теткой? Я вот считаю, что мне нужно сейчас быть с ней. И сейчас и потом. — Почему? — Потому что я ее люблю, и ей я думаю нужно. Ну не бывает лишних людей, которые тебя любят и заботятся. — Как ты объяснишь сейчас кто ты? — Сейчас, если бы была такая возможность, я бы ей объяснил, допустим, что... Ну, есть вариант сказать, что я мама, мама заболела и вот так вот получилось, но я считаю что это не очень правильно. Потому что девочка может бояться сама так заболеть. — Считаешь, что мама была Аля, а стала Женя? — А ей не обязательно говорить, как Женю звали раньше.

Вопросы членов комиссии:

— Вам в 17 лет поставили диабет. В какое время года? — *Ну, тогда снег был. Это зима была или начало весны. — А что с настроением? — Тогда я вообще был под полным контролем родителей, т.е. никакого общения. — Т.е. настроение, какое было? Вы радовались жизни? — Нет, конечно. Ужасное оно было, мне жить не хотелось. — А были попытки к самоубийству? — Да. — Когда? — Это было лет 10 назад. — Сколько раз? — Один раз было. — А как это получилось? — Ну, были мысли, было все это. А вот что бы я там пытался, такого не было. — Суицидальные мысли, с какого возраста? — С раннего школьного. — А почему? — Дело в том, что я не мог сказать, что я не люблю жизни, не хочу жить. Я как раз таки очень хотел, стремился жить. Но у меня не получалось жить так, как я считаю нормально. У меня действительно жизнь была мучительной. Это не кривая душой, говорю. И не по детским каким-то там. — А вот в 17 лет эти мысли не стали чаще? Когда сахар скакал? — Был один суицидальный акт. — А давление? — А я не знаю. — ... — Я тогда был очень худым. — Вы были просто худым, или когда сахар подскакивал? — А я даже не знаю. Ну, я в школьные годы меня все дразнили там скелет, т.е. я уже тогда был худым. В 17 лет тоже. — Скажите, пожалуйста, вот внешне я бы не сказала, что Вы мужчина. — Ну, извините, я вам в женихи не напрашиваюсь. — Я понимаю, я не прошу этого, но внешний вид не соответствует классическому мужчине: длинные волосы. — Вот классические мужчины. — Может быть не лысый, но все-таки с волосами более короткими. Почему такой вот внешний вид? — Я не знаю, с какими муж-*

чинами Вы общаетесь, вон длинноволосый мужчина сидит. Очаровательный красивый мужчина. Настоящий, никто не скажет, что он женщина. — Скажите, пожалуйста, вот у Вас еще есть линии, вот проведено. Это для чего? — Это не проведено, это остатки от татуировки многолетней, которую я пытаюсь свести. Я ее сведу рано или поздно. Сейчас я это делаю, надо время еще. — А для чего Вам так много татуировок? — А я не считаю, что это много. Мне нравится. — Ну, хорошо, а для чего Вам столько татуировок? — Ну, нравится. — Просто нравится. Для себя? — Для себя. Я считаю, что это красиво, и сам процесс довольно приятный. — А когда Вы в последний раз одевали юбки, платья? — Последний раз, когда родилась дочка, и там съезжались родственники поздравлять с днем рождения меня. И я тогда пытался их порадовать. Я надел тогда такие женские штанишки, сверху такую тунику. — А одежду где покупаете? — В мужских магазинах, естественно. — Это мужское? — Конечно, это мужское, естественно.

— Есть склонность в последнее время к перепадам настроения? — *Слава Богу, нет. — Вспыльчивость? — Я просто эмоциональный человек. Ну, вот когда я кому-то пытаюсь, что-то объяснить, начинаю что-то жестикулировать, громко говорить. — А если вспылил, быстрая отходчивость? Или нет, хвост длинный? — Стараюсь там побыстрее отойти, стараюсь там извиниться. — Вот эта фиксация на мужской роли, когда началась? С самого начала, как себя помнишь? — Да. — А эта память родителей об умершем как-то влияла? — Вы знаете, там... Меня тоже долго этот вопрос не оставлял в покое. Как-то это имеет отношение, но дело в том, что родители мечтали родить вот именно девочку. Вот когда они меня планировали, т.е. и поэтому тоже много там упреков, что вот мы же ждали девочку, дочечку, принцессочку, а ты вот так с нами поступаешь. Конечно, еще и поэтому у меня была такая вина перед ними. Но об умершем брате мама говорит нормально, а вот когда я заводил о нем разговор какой-то бы ни было, то все как-то относились к этому нехорошо. Как-то старались это сразу притормозить. Как бы лучше я бы об этом не говорил. А почему не знаю, хотя везде дома фотографии там висят. Они даже о нем говорят, будто был человек и все. Т.е. не с горем, не то что он умер, а как-то.. ну, видимо стараются, как-то это пережить.*

— Скажите пожалуйста, сейчас Вы с кем живете? — *С друзьями живу. — Просто супруг Ваш бывший пишет, что Вы живете с мужчиной в гражданском браке. — Я живу... да этот человек для меня самый близкий сейчас. Единственный, кто в курсе моей проблемы, кто понял и поддержал. Ну да у нас есть отношения. Мы живем именно как 2 парня. — Интимные отношения Вы поддерживаете? — Ну, сейчас уже да. Сначала как-то не особо. — Вы в этой паре кто? — Поскольку я не имею пока физической воз-*

возможности, я пока как пассивный парень. — Ну, у Вас естественный половой акт? — В смысле как, естественный? — Как женщина или анально? — Анально. — Вы раздеваетесь, когда Вы в интимных отношениях? — Сейчас, после операции... я был всегда в футболке, а сейчас, слава Богу, уже без нее, и на мне всегда специальные трусики, где спереди все закрыто, а сзади открыто. Ну, мужские такие, в интим магазинах продаются.

— Еще один вопрос: вот Вы лежали в больнице, в Щелковском ПНД. И там еще фигурирует центральная московская областная больница. Вы там тоже находились на лечении? Или Вы там проходили обследование? — *Центральная областная — это там где я обследовался по данному вопросу. Где, собственно, изначально мне и поставили этот диагноз, наконец-то, и потом я поехал в Питер. — В каком отделении лежали? В психиатрическом? — Ну да, наверно.*

— Сейчас мы Вас можем отпустить. Скажите у Вас суд когда? — *Кажется или 4 или 5 мая.*

РАЗБОР СЛУЧАЯ

Члены комиссии считают, что ни один из трех заданных вопросов экспертным не является. В большей степени они соответствуют задачам и вопросам, которые ставятся перед специалистом, привлекаемым к суду. Несмотря на это, члены врачебной комиссии приняли решение ответить на них. И не только ответить, но даже выйти за границы поставленных вопросов, исходя из принципиальной важности пояснения специалистов для суда и его решения.

1. На первый вопрос “является ли транссексуализм (ТС) заболеванием или расстройством, препятствующим выполнению биологическим родителем, сменившим женский пол на мужской, функции по воспитанию ребенка?”, эксперты отвечают следующим образом:

Согласно международному стандарту диагностики психических расстройств (МКБ-10) транссексуализм (ТС) является расстройством половой идентификации (F64.0), при котором возникает “ощущение собственной принадлежности к противоположному полу. Желание жить и быть принятым в качестве лица противоположного пола, обычно сочетающееся с чувством неадекватности или дискомфорта от своего анатомического пола и желанием получать гормональное лечение с целью сделать свое тело как можно более соответствующим избранному полу”. ТС — непсихотическое, психическое расстройство. Важным следствием диагностических указаний по статье F64.0 является необходимость дифференциальной диагностики ТС с шизофренией, биполярным аффективным расстройством, циклотимией, расстройствами личности, эпилепсией. В МКБ-10 прямо указывается, что при ТС за длительное время до диагностики этого расстройства в раннем, детском возрасте должны были возникнуть расстройства транссексуального

типа. Фактически речь идет о досексуальной стадии этой аномалии. Вместе с этим доказано, что ТС — врожденное аномальное состояние, которое способствует формированию дисгармоничной личности. Сутью этой дисгармонии является полярное расхождение и грубое несоответствие формирующегося психического пола, биологическому и гражданскому. Фактически это стойкая, тотальная, альтернативная инверсия половых особенностей психики по отношению к половой конструкции организма и к ожидаемому обществом стилю поведения. Как показано большим количеством исследований, больные ТС не подвержены грубому антисоциальному поведению. Наоборот, нередко они становятся ядром, катализирующим положительные взаимоотношения. Учитывая непсихотический характер расстройства, все это может лечь в основу гармоничного воспитания ребенка. В некоторых случаях транссексуалы, альтруистически жертвуя собой в угоду ребенку, уходят из его жизни полностью под защитой разработанной ими легенды.

Таким образом, при ТС, завершившемся сменой биологического пола, в том числе, с женского на мужской, человек имеет право на выбор своих функций в воспитании ребенка и их реализации; какой-либо угрозы (физической, сексуальной, психической, психосоциальной, психосексуальной и пр.) окружению, в том числе собственному ребенку, не несет.

2. Общение ребенка с родителем, перенесшим операцию по смене пола, отрицательно сказаться на психическом развитии ребенка не может, если только сам родитель не является антисоциальной личностью, не злоупотребляет спиртным и наркотиками. Как сказано выше, ТС, завершившийся сменой биологического пола, в том числе с женского на мужской, какой-либо угрозы окружению, в том числе собственному ребенку, не несет. Наоборот, довольно часто общение ребенка с таким родителем, в особенности, если это мальчик, оказывается для него полезным с точки зрения развития маскулинных свойств личности и физического развития ребенка.

3. Общение ребенка с матерью, перенесшей секстрасформирующие операции, угрозы не несет, ни с точки зрения пункта “а” ст. 29 Закона РФ “О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании”, ни с точки зрения экспертной практики.

Вместе с тем, как было сказано выше, эксперты считают необходимым выйти за границы поставленных вопросов и дать ряд, как им представляется, важных пояснений.

Пояснение первое. Анализ представленных на экспертизу материалов и, особенно, работа с самой Ц, заставляет весьма серьезно усомниться в установленном ей диагнозе “Транссексуализм, ядерная форма”. Со значительной долей основательности эксперты предполагают, что у Ц. не только ядерной формы, но и самого ТС, как такового, нет. И если это так, то все,

что происходит в суде, предстает нелепым, ибо избранный тактика психосоциальной адаптации и реабилитации в виде изменения биологического, гормонального и паспортного пола, а также длительный прием гормональной терапии, а также первый этап хирургического изменения пола, должны быть признаны неверными, ошибочными.

Эксперты обнаруживают в медицинской документации большое количество непатогномичных находок, в частности в наследственности (алкоголизм, некие не то психиатрические, не то психологические проблемы, злокачественное новообразование в мозге), которые могут встречаться при ряде психических расстройств и какой-либо специфичностью не обладают. Отец своей скрытностью, аутистическими увлечениями, холодностью, которая проявилась его отдалением от дочери в ее раннем детском возрасте, а также тяжелой реакцией “ухода” (реакция отторжения собственного ребенка) в большей степени напоминает шизоидную личность, скорее всего, степени акцентуации. Однако, мы лично с ним не работали и в силу этого данное предположение не может являться обоснованным диагностическим утверждением. Первые признаки, которые могли бы называться претранссексуальными, — “неуютность” и зажатость в детской группе, в которой одновременно ее окружают и мальчики, и девочки; дискомфорт от гетерофилии (любила играть с мальчиками); эгоцентрические ролевые игры, в которых она представлялась “принцем”, “мушкетером”, никак не могут быть признаны гетерофильными интересами, свойственными для поведения претранссексуалов.

Все детство и младшие классы Ц. преследуют астенические особенности и страх перед учительницей. Вместо томбоизма, который при формирующемся женском ТС, как правило, возникает к препубертатному возрасту, она оставалась робкой. Вместо уважения и признания мальчиками, стала среди них изгоем. Вместо характерной для этого периода у претранссексуальных девочек агрессивности, была лишена навыков самозащиты и становилась жертвой избиений и жестокого обращения не только со стороны мальчиков, но и девочек. В девичьем возрасте (старшие классы и позже) начала спонтанно выбирать, осваивать и успешно работать на преимущественно женских специальностях, что также более характерно для обычного формирования женщины, а не для женщины-транссексуала.

Психосексуальная ориентация, сложившаяся в пубертатный период, имела четкий гетеросексуальный характер и отличалась частой сменой партнеров. Замужество объясняется тремя компонентами, ни один из которых не имеет никакой связи с динамикой ТС: поиском удовлетворяющего ее сексуального партнера-мужчины; положительным психоэмоциональным эротическим влечением к конкретному мужчине; ситуационным компонентом — реакцией стремления ухода из родительской семьи. Семейная жизнь дли-

лась около 1 года, и развод произошел не из-за специфических ТС конфликтов; не из-за инверсии психосексуальной идентичности и ориентации, а по мотивам не сексуальным, связанным с бытовыми проблемами, снижением ответственности и чувства долга перед мужем и семьей, ее повседневного бытового стиля поведения. Тогда же (март 2006 г.) лечилась в одном из Московских ПНД. Со слов пациентки был установлен диагноз “циклотимия”. Вместе с тем наше исследование ретроспективно никаких признаков этого заболевания не выявило, несмотря на направленность подобного поиска. В том же году остро возникло желание изменить пол.

Особенностью его возникновения является полное отсутствие какого-то психогенеза, характерного для ТС. Решение о необходимости изменить пол возникло сразу же после случайного получения информации в Интернете о том, что такая возможность вообще существует. Т.е. в основе возникновения ТС установки на смену пола лежит не ТС психогенез, а некий иной, в данном случае “информационный” повод. Принципиально новая и необычная информация вызвала у Ц. острую аффективную реакцию с возникновением псевдо-ТС установки на изменение пола. Мгновенное ее появление, значительная консолидация, снижение критики, невозможность переубеждения, система доказательств “адекватности” своего решения — могут быть объяснены только с позиций реактивного сверхценного образования. Все ее доводы и рассуждения о необходимости добиться “единения души и тела” выглядят схоластическими, формальными и, скорее всего, характеризуют не ее истинное душевное состояние, а лишь знакомство со специальной и популярной литературой на эту тему и Интернетом. Ц. так и не смогла обозначить хотя бы основные ТС-конфликты, характерные как для препубертатного криза транссексуалов, так и для взрослых транссексуалов. В беседе она продемонстрировала гомофилию, не свойственную для взрослых, а встречающуюся исключительно в допубертатном (детском) и раннем пубертатном возрасте. Случившееся в 16 лет изнасилование произошло по характеристикам бытовой виктимности, к которой ее предрасполагала гедоническая мотивация ее поведения, недооценка риска, сниженная функция прогнозирования.

Множественные рубцы на теле объясняет самоповреждениями, нанесенными “для красоты” и тем, что их причинение ей “просто приятно” и “нравится”, что соответствуют альголагии как частному варианту парафилии. Однократно совершила суицидальную попытку на фоне тяжелого душевного состояния, тоски и возникших затем мыслей о самоубийстве. Именно это аффективное расстройство привело ее в психиатрический стационар, и на этой почве возникла стойкая бредовая монотематическая идея. Возможность говорить о бреде дают следующие основания:

1) самодиагностика, переубедить в ошибочности которой больную не представляется возможным;

2) самостоятельный поиск, выбор и самостоятельное назначение себе терапии;

3) формирование транссексуальной установки на изменение пола патофизиологическим механизмом (импринтингом);

4) присоединение сверхценной идеи самосовершенствования.

Характерным для Ц. оказалось то, что вместо обычного обращения к врачу-специалисту, она с целью подтверждения собственноручно установленного диагноза и выбранного ею самой хирургического лечения предприняла шаги и действия, характерные для возникшей сверхценной или бредовой монотематической идеи. С одной стороны, ее поведение диктуется стремлением разрешить индивидуально неприемлемую ситуацию в семье — поторопилась информировать о своем решении мужа и развелась с ним; с другой стороны — активно начала проводить самолечение. Все это внешне выглядело нелепо и по своей сути не могло бы разрешить ни одного специфического ТС-конфликта — ни внутреннего, ни внешнего (если бы они даже были). Наоборот, все это способствовало быстрому развитию более выраженной социальной дезадаптации: разрушению семьи, а затем и прекращению работы.

При этом проявила безответственность — постоянно принимая гормоны и зная о нежелательности рождения детей в этот период, забеременела и родила дочь. Вместе с девочкой прожила около 1,5 лет, кормила ее грудью, оставаясь к ней формально холодной, активно декларируя свое стремление защищать дочь. Через 1,5 года покинула семью, оставив дочь у мужа. С предложенной мужем летом 2009 г. легендой, объясняющей их отношения между собой и с девочкой, формально согласилась, но тут же подала в суд, параллельно продолжая свою жесткую линию на смену пола.

Добилась, вопреки закона, подзаконных актов и логики оказания помощи больным ТС, желаемой ею хирургической операции — двусторонней мастэктомии. И только в день операции впервые была осмотрена непрофильными для диагностики ТС и решения вопроса об изменении пола специалистами (специалисты-психологи научного центра хирургии имени Б. В. Петровского). 29.03.2010 также осмотрена непрофильными для этого специалистами (доцент кафедры психологической помощи, сотрудник лаборатории психологии гендерных отношений РГПУ имени А. И. Герцена; специалисты Санкт-Петербургской государственной педиатрической медицинской академии). Все три осмотра были проведены без госпитализации и требуемого при ТС достаточно длительного наблюдения.

После операции, имея все юридические основания и даже уже получив разрешение на столь вожделенный для транссексуалов акт — смену паспортного пола, так и не произвела замену паспорта на мужской пол — процедуру, к которой стремятся практически все больные ТС. Этому дает объяснения, граничащие с нелепостью. Создала гетеросексуальную пару с мужчиной, с которым проживает в гражданском браке. Этот факт, совершенно нехарактерный для больных ТС, объясняется ею вновь нелепо, утверждая, что они живут “как бы гомосексуальной парой, в которой она исполняет функцию пассивного партнера”.

При проведении патопсихологического исследования выявлены:

1) истерические инфантильные черты (по тесту Роршаха);

2) акцентуация по гипертимному и эмотивному типу с достаточной выраженностью демонстративности, сосредоточенностью на изменении собственного тела, приведении его в соответствие со своей концепцией половой самоидентификации (теста Леонгарда);

3) трудности адаптации в социальной среде, выраженная избирательность в контактах, уход в мир субъективных представлений, фантазий и мечты, тонко дифференцированная чувствительность, ирреальность притязаний, субъективизм при оценке жизненных явлений, эмоциональная незрелость, что указывает на своеобразность пристрастий;

4) фиксированность на изменении пола, причем не критичное отношение к своей социальной дезадаптации психолог объясняет повышенным фоном настроения, сочетающегося с повышенным уровнем активности.

Все это никак не укладывается в диагностическую гипотезу ядерного варианта ТС. Зато требует дифференциального диагноза между “шизофренией, паранойяльной (среднепрогредиентной) непрерывной” и “биполярным расстройством второго типа с атипичным, гипоманиакальным состоянием по типу периодической маскулинизации (по Посвянскому)”. Проведенное лечение представляется не только противопоказанным, но и вредным, калечащим, проведенным с грубыми нарушениями действующего законодательства.

Данное наблюдение является ярким примером чрезвычайно поверхностного, неграмотного, безответственного отношения и подхода к ТС, порой граничащего с врачебным преступлением, что характерно для российского медицинского менталитета. Причиной тому является незнание проблемы транссексуализма широким кругом врачей, медицинский произвол и нелепое содержание закона, регламентирующего деятельность органов ЗАГС по смене пола. Фактически все это смещает основную тяжесть решения проблемы на плечи хирургов, с чем мы никак согласиться не можем.

Редакция “Независимого психиатрического журнала” с глубоким прискорбием сообщает о безвременной внезапной кончине замечательного переводчика монографий Йозефа Берца и Ганса Груле “Психология шизофрении”, опубликованных в нашем журнале, и целого ряда других произведений. Перевод сложнейшего текста, выполненный на высоком профессиональном уровне фактически на волонтерских основаниях, позволивший ввести в оборот отечественной психиатрии работы, относящиеся к вершинным достижениям нашего предмета, — непреходящая память о Евгении Григорьевне Сельской и достойный памятник ее труду.

Психология шизофрении¹

Йозеф Берце (Вена)²

V. РАЗЛИЧИЯ НАРУШЕНИЙ МЫШЛЕНИЯ ПРИ ШИЗОФРЕНИЧЕСКОМ ПРОЦЕССЕ И ШИЗОФРЕНИЧЕСКОМ ДЕФЕКТЕ

Описание шизофренического нарушения мышления, данное в предыдущей главе, характерно, по существу, для острых процессуальных шизофрений. Описания различных авторов, результаты их исследований, как правило, ясно говорят о том, что эти авторы опирались, прежде всего, если не исключительно, на процессуальные шизофрении. Всё, что мог сказать по этому поводу автор, также относится к шизофреническому процессу.

И все же изложение было бы неполным, если бы мы не коснулись состояний, где процесс отсутствует.

Пока только в общих чертах мы можем говорить об особенностях нарушений мышления при шизофрениях, ставших неактивными. Основным принципом здесь является следующее: вместо патологического становления (динамики), мы имеем патологическое бытие (статика), вместо патологической флуктуации и неопределенности патологическую жесткость и определенность. Это можно видеть на каждом шагу, мы это проследим, пройдя, в общих чертах, весь тот путь, который прошли в предыдущей главе.

Что касается расщепленности, то при переходе шизофрении из активной в неактивную стадию, существуют две возможности развития. В первой группе

случаев намечается простое исчезновение расщепленности. Оно может произойти очень быстро. Чем “острее” расщепленность устанавливалась, тем более вероятен этот путь. В этом случае часты рецидивы расщепленности. Подобный рецидив нередко бывает долгим. Исчезновение расщепленности может протекать и медленно, так сказать, лизисно (*lysisch*)³. Постепенно снова становятся действенными установки, необходимые для упорядоченного мышления. Но действительное восстановление упорядоченного мышления этим способом происходит редко. Оживлением этих прежних установок восстанавливается лишь формальное условие упорядоченного мышления. Как правило, по-прежнему отсутствуют содержательные условия. Их недостает тем более, чем более успело сформироваться шизофреническое нарушение содержания мира мыслей, чем более мощными стали

³ Мы проводим параллель между сменой фаз с расщепленностью и без нее, колебаниями степени расщепленности, ее медленным и затем окончательным исчезновением, с одной стороны, и существованием и исчезновением (или колебаниями интенсивности) органического процесса, с другой. Независимо от наличия или отсутствия процесса появляются — часто психически обусловлено — состояния, главным образом “кататонические”, спутанности. Можно предположить, что в подобных случаях налицо “легкая склонность к спутанности”, “предрасположенность к психической ошеломленности (по выражению Блейлера), что является следствием еще существующего или только что завершившегося органического нарушения, на основе которого психические факторы приводят к спутанности. Нельзя отрицать, что иногда трудно определить, что из общей симптоматики происходит за счет органического, что за счет психического фактора. Существуют, опять же по мнению Блейлера, “всевозможные переходы и смешения психического и органического факторов.

¹ Psychologie der Schizophrenie von Dr. Josef Berze und Dr. Hans W. Gruhle, verlag von Julius Springer, BERLIN, 1929. — Перевод с немецкого Евгении Григорьевны Сельской.

Начало — см. НПЖ, 2010, 3, 4; 2011, 1.

² Профессор психиатрии Венского университета.

шизофренические установки, уводящие от нормально-го мышления. Шизофреническая расщепленность уступает место все более проявляющейся шизофренической странности. Таким образом, эту последнюю следует считать вторичным шизофреническим симптомом. Только проявляется она, по-видимому, в случаях, где расщепленность — прежде всего, в силу вялотекущего характера процесса — никогда четко не обнаруживалась как первичный симптом.

Мы не устанем повторять, что психотический принцип шизофренической странности в корне отличается от принципа шизофренической расщепленности. Расщепленность, являясь, по всей видимости, своего рода нарушением, имеет, тем не менее, всевозможные соприкосновения с аменцией, в то время как странность следует им обеим категорически противопоставить. Не только “аментивный синдром является признаком нарушения сознания” (Майер-Гросс), но и шизофреническая расщепленность⁴ Странность, напротив, не имеет ничего общего с нарушением или изменением сознания. Поэтому она встречается при “шизоидии”, при которой никому не придет в голову говорить о хроническом (habituell) нарушении сознания⁵, так же, как и при выраженных неактивных процессуальных шизофрениях.

Если расщепленность является результатом недостаточности актуальной личности, а именно, ее динамической недостаточностью, то странность, в отличие от нее, объясняется патологическим изменением содержания мыслей, тенденций и установок, появившихся в результате протекания шизофрении до сего момента. Расщепленность является первичным выражением нарушенных функций, странность же — выражение вторичной дефектности тенденций, проявляющихся в процессе мышления.

Многие авторы всё же объединяют шизофреническую странность и расщепленность. Это привело к тому, что одни исследователи, рассматривая “шизофреническую инкогеренцию” (бессвязность) (в это понятие включена как расщепленность, так и странность) — делают главный упор на функциональном нарушении, другие — на патологическом изменении содержания установок, при этом некоторые ученые занимают то одну, то другую позицию. Если же провести четкое разграничение между расщепленностью и странностью, то оказывается, что оба предположения имеют право на существование, одно касается расщепленности, другое — странности.

Рассмотрение фундаментальных различий расщепленности и странности затруднено тем, что последняя часто проявляется вместе с первой. Это имеет место также, когда при давнишней вялотекущей шизофре-

нии развились более или менее значительные дефекты мышления (в плане содержания), а также когда в результате нового шуба к странности, которая до сих пор была ведущим симптомом дефекта, снова присоединяется расщепленность — знак возвращения функционального нарушения.

Во многих случаях шизофрений, ставших неактивными, странность проявляется лишь спорадически, очевидно, в этих случаях имеет место лишь незначительная степень шизофренической дефектности содержания установок; такая степень приводит к странности лишь при определенных обстоятельствах общей психической ситуации. В других, более тяжелых случаях, учащаются проявления мышления, характерные для странности. С учащением таких проявлений возникает не расщепленность — ее там не бывает никогда, — а картина, которую можно обозначить с функционально-психологической точки зрения как вторичную шизофреническую спутанность. Эта картина усложняется нагромождением бредовых концепций, вторжением побочных рядов (мыслей — Е. С.), о чем речь впереди, и другими шизофреническими симптомами дефекта.

Поскольку существует постепенный переход от странности к вторичной спутанности, то сказанное о последней действительно и для первой.

Что касается мыслительных установок, то актуальная личность шизофреника может и после окончания процесса в динамическом аспекте вновь проявиться. В то время, как эта актуальная личность в период своей недостаточности во время активного процесса не руководила мышлением и “Я” (если или до тех пор, пока оно еще обладало достаточной критикой) оказалось удивленным, пораженным, потрясенным, испуганным, растерянным и беспомощным перед мыслями и их взаимными переходами, возникающими помимо, а то и против воли этого “Я”, то сейчас эта актуальная личность вновь субъективно овладела своим мышлением. Мысли представляются подчиненными актуальной личности, соответствующими — в общих чертах — тенденциям “Я”, вытекающими из этих тенденций и поэтому необходимыми. Если расщепленность воспринималась большей частью и субъективно как нарушение, то вторичная спутанность совсем не осознается больным как нарушение мышления⁶. От больных с расщеплением можно слышать следующее: я не могу думать, не могу ясно думать, не могу управлять мыслями, у меня нет мыслительной силы, мои мысли улетучиваются и т.д. Ничего подобного мы не услышим от больных со вторичной спутанностью. Такие больные считают, что их мышление осталось неизменным, отмечают — часто с негодованием — любые предположения, что у

⁴ Ср. гл. VI данной работы.

⁵ Мы вынуждены постоянно использовать это понятие, даже если не удастся “дать ему четкую дефиницию” (Майер-Гросс).

⁶ Вторжение побочных рядов больной считает, как правило, попыткой чужеродной силы нарушить его мышление, которое само по себе протекает правильно.

них что-то не так с мышлением. Надо сказать: расщепленность одновременно объективна и субъективна, лишь при высокой степени расщепленности больной не осознает ее. Напротив, вторичная спутанность лишь объективна, а больному его мысли и ход их представляются правильным результатом его мышления. Вместо беспомощной неуверенности появилась уверенность, даже высокомерие. Освободившись от сдерживающих связей, словно самовластно, строит шизофреник с вторичной спутанностью новые, часто совершенно невероятные связи. И такой вновь образованной связи придается, вместе с тем, и неизбежное значение. Субъективная оценка, сопровождающая у здоровых людей, хотя и в зародыше, каждую установленную мыслительную связь, всё же стремится к объективности и иногда может быть скорректирована. Здесь такая оценка приобретает, не давая даже появиться этому стремлению к объективности, сразу же полную и неоспоримую значимость.

Как уже было сказано, при неактивных процессуальных шизофрениях больше не существует динамической недостаточности актуальной личности. Все тенденции, которые может раскрыть актуальная личность, она может в полную силу и проявить. От прежней лабильности актуальной личности, прежних нескончаемых смен моментальных личностей, которые мы наблюдаем при активных шизофрениях, не осталось и следа. Напротив, актуальная личность предстает перед нами в виде, так сказать, затвердевшего образования, с почти недоступным изменению содержанием, изменению, происходящему у здоровых людей в ответ на внешние и внутренние раздражители. Многие тенденции, т.е. возможности развития потенциальной личности, теперь не переходят в актуальную личность либо в силу того, что они значительно утратили способность к актуализации, или потому, что противоположные хронические тенденции затвердевшей личности препятствуют их проявлению. Кажется, что некоторые тенденции совсем исчезли. Случайно может оказаться, что та или иная из них еще жива и что для ее актуализации требуется лишь особенно сильный раздражитель. Видимо, ничего из того, что было когда-то присуще потенциальной личности, “Я”, не пропало в собственном смысле этого слова. Но, с другой стороны, то, что появилось у субъекта еще до заболевания, теперь большей частью, словно, скрыто, завуалировано другими тенденциями, развившимися под влиянием активного процесса. Многие, что в течение этого времени происходило как следствие механизма, базирующегося на основном нарушении, происходило без специально направленной на это психической тенденции, а словно автоматически, теперь стало целью одной тенденции, как правило, ясно не осознаваемой. Невнимание к собственному опыту, которое было следствием недостаточности активности, теперь переродилось в целенаправленное игнорирование опыта, неспособность рассуждать — в ус-

тановку поддерживать первую внезапно попавшуюся идею, еще сырую, игнорирование процессов, происходящих в окружающем мире, — в целенаправленный уход от мира, неспособность соответствовать высшим этическим нормам — в выраженную асоциальную установку и т.д. Если раньше непроизвольно проникали в сознание побочные представления, то теперь такие представления или часть из них выступают на первый план по воле субъекта. Если прежде, например, мысль о сходстве арабских цифр с какими-то предметами (ср. приведенный случай Бран), словно, навязывалась больному, то теперь это вылилось в постоянную установку; больной почти систематически выискивает такое сходство, это похоже на детскую игру. Различные случайные мысли активной процессуальной фазы могут положить начало установкам, манерам, мыслительным стереотипиям, зафиксированным таким образом. Нередко это бывает небольшая группа тенденций или единичная тенденция, ставшая единственным интересом больного. Поскольку больше не существует динамической недостаточности актуальной личности, то оставшиеся действительные тенденции могут породить значительную активность. Результаты ее будут отражать монотонность, односторонность, неизменность, неподвижность духовной жизни. В ярко выраженных случаях мы видим, что больше нет места высшим стремлениям и, следовательно, высшим чувствам. Личность больного с бедностью ее интересов, с бедной духовностью, несмотря на всяческую продуктивность, с ее сузившимся духовным горизонтом, с ее холодной неотзывчивостью ко всем проблемам мира, с ее неспособностью к сопереживанию, с ее доведенными в мельчайших подробностях до автоматизма действиями — такая личность представляется нам ограниченной в прямом смысле этого слова. Это впечатление может временами сглаживаться тем, что оставшиеся тенденции или остатки основной тенденции сами по себе относятся к “высшим”. Но даже поэты и художники-шизофреники такого рода могут нам казаться высоко духовными людьми лишь до тех пор, пока мы не распознаем скудость, убожество и незначительность сюжета и шаблонность выражения их произведений. Но, несмотря на всяческое признание поэтического искусства такого поэта-шизофреника, невозможно признать за ним “высшее стремление”, когда он в своих стихах воспевает с сильной ипохондрией, например, свойства своего кишечника. Здесь, можно сказать, прозаическая цель осквернила поэтические средства. Не сильно отличается поэт-шизофреник, который — Гинрихсен недавно описывал такой случай — не может выйти за пределы “изменений в себе, в своем “Я”, и описывает всё это нескончаемым слововращением. Такой же остается оценка значения его творчества, даже если поэт-шизофреник оказывается мастером поэтической формы и если творчество поэта приводит его к эгоцентрически пристрастному занятию

проблемами своего “Я”, “высшими и последними вопросами”, как это часто бывает у шизофреников.

Больной со вторичной симптоматикой, как уже было сказано, не осознает нарушений мышления, если его мысли воспринимаются им как свои собственные. Причина этого, прежде всего, в том, что после завершения органического процесса, не остается больше формальных изменений, о которых говорилось в прошлой главе. Больным больше не приходится жаловаться на убегающие мысли. Больше не наблюдается, по свидетельствам больных, и прочих признаков, характерных для мышления стадии шизофренического процесса. Длительность мыслей вновь стала, очевидно, достаточной. Неустойчивость мыслительных образов, их изменчивость, смена значений, размытость и непостоянство их структуры и границ и все прочие формальные нарушения исчезли.

Изменился основной характер шизофренического нарушения мышления. Нарушение переместилось с формальной стороны к содержательной. Это хорошо видно, прежде всего, на качестве понятий. Во время активного процесса вместо понятий употреблялись сиюминутные образования, очень неустойчивые, никогда не завершаемые, распадающиеся, едва образовавшись, постоянно меняющиеся по содержанию. Как при мышлении в узком привычном значении отказывали привычные установки — отсюда возникала расщепленность, — так и отказывала интенция, направленная на содержание понятия, которое надо было сформулировать, или, по выражению Шильдера, не наглядная мысль, которая является “несущим ядром понятия”, “нечувственной опорой переживания понятия”, отсюда проистекают описанные недостатки в образовании понятий. Эта несостоятельность ведущих и несущих интенций была в обоих случаях динамической, она есть частичное выражение динамической недостаточности активной личности. С исчезновением недостаточности, в связи с прекращением органического процесса, в достаточной степени восстановилась динамическая интенция понятий. Но эта интенция уже подверглась, большей частью за период недостаточности личности, более или менее сильному изменению в плане содержания, и прежде всего — вследствие преобладания аффективных сил влечения (ср. главу IV) — в направлении от точности и сжатости мысли к менее определенному, менее связному, равномерно диффузному аффективному. Понятия, созданные подобными интенциями, могут, в отличие от нормально образованных понятий, в чисто мыслительном плане заключать в себе очень много гетерогенного и лишь аффективно связанного. “Объединение разнородных материалов” в одном понятии, по словам Шильдера, возможно “лишь потому, что эти материалы аффективно значимы” и потому, что произошло “аффективное преобразование понятийной основы.

Таким способом образованные шизофренические понятия часто вводят в заблуждение тем, что они представлены то одной, то другой частью обобщенной в этом понятии гетерогенной мысли (предметы, факты), так что они отображают различные грани, значительную содержательную измененность. В действительности же шизофренические понятия обнаруживают в постпроцессуальных случаях способность развиваться и преобразовываться, которой нет у понятий здоровых людей⁷. В противовес текучим образованиям процессуальной стадии они представляются нам чересчур устойчивыми, застывшими образованиями. Была предпринята попытка усмотреть связь или провести аналогию между этой окостенелостью понятий и “постоянством господствующих единичных актов” (Майер-Гросс) определенных “душевных установок”, “attitudes” (Минковский) или, если можно так обобщить, — с опрощением личности, развивающей лишь определенное постоянное и ограниченное количество тенденций влечения. Прочие понятия шизофреника после завершившегося процесса также обнаруживают подобную окостенелость, понятия, в образовании которых участвовало сравнительно мало аффективных моментов. По-видимому, здесь играет роль что-то другое. Прежде всего, надо вспомнить о недостаточности таких шизофреников в отношении новых мотивов. Она частично обусловлена постоянством и педантизмом, который ограничивает мышление скудными собственными тенденциями. С другой стороны, подобным образом действует и в некоторых случаях очень выраженная тенденция к защите от всего нового, шизофренический мизонеизм (Misonicismus), выражающийся во всей внутренней и внешней манере держаться личности больного. Далее, во многих случаях значительной является тенденция к гипертрофированному самоутверждению, предметом которой является не только собственная личность, но и ее собственные понятия, как и всё ее мышление, и ко всему этому нельзя прикасаться, нельзя корректировать, больной сохраняет всё это в однажды им самим определенном виде, и в этом он непримирим.

Именно понятия, “несущим ядром” которых является не четкая мысль, а аффект, представляются частым результатом “сгущений” (Блейлер) или “шизофреническими идентификациями” (Шильдер). Среди

⁷ Образование психологического понятия никогда нельзя считать вполне законченным. Результат, когда-то достигнутый, является лишь промежуточным, его можно сравнить с навыком, образованным упражнениями, насколько образование и употребление понятий вообще сравнимо с навыками, а не с образованием и употреблением уже имеющихся предметов, “психических образований”. Также выражение “распад понятий” можно употребить лишь образно по отношению к тому, что при шизофрении многие понятия изменены в том смысле, что при употреблении их в каждом конкретном случае не охватывается то одна, то другая из существенных сторон понятия.

понятий одной больной есть понятие, охватывающее Бога, отца больной, любимого ее юности, психиатра X. и светящийся крест. Напрашивается вывод: светящийся крест — это символ общего содержания понятия, видимо, опирающегося на своеобразный эротически-религиозный аффект. Но субъективное переживание этой больной вовсе не исчерпывается полностью таким толкованием, которое соответствовало бы довольно обыкновенному предположению. Светящийся крест для больной — не только очевидный знак своеобразного аффекта, но он может также и точно выразить для нее понятие, опирающееся на этот аффект, как это может сделать представление Бога, ее отца и психиатра X.

И наоборот, шизофреник часто воспринимает “в прямом” смысле то, что здоровый человек имеет в виду “в переносном”. “Символы становятся для наших больных действительностью” (Блейлер). “Выделение единичного выражения из контекста и “буквальное” понимание этого выражения” ведет, например, к тому, что один больной на слова: “Дайте же мне руку!” ответил: “Ах, Вы”.

Шизофренически-паралогическая идентификация проявляется не только в том виде, какой был только что описан. Домарус выделяет своеобразие шизофренического мышления, заключающегося в том, “что мысли, говорящие для нас исключительно о качестве, у больных могут приобрести категориальный характер”. Другими словами, “каждая категория может принимать значение качества”, стать, тем самым, существенной и качественно различное выражать как идентичное (“паракатегориальное” мышление). Так, число, место и время могут приобретать значение качества (анalogии в мышлении здоровых: святая тройка, злая семерка, “вверху” = у Бога, “внизу” = у черта). Например, один больной считал, что всё, что приходит к нему в палату слева, — плохо, что справа — хорошо. Представляется спорным, правда, даже для шизофрении, утверждение, что имеется прямое изменение значения другой категории и придание ей значения качества. В большинстве случаев воспоминания, связанные более всего с числом, временем и местом, могут получить субъективно качественное значение, хотя это и вызвано чувствами.

Сказанное об образовании понятий действительно и в отношении дальнейшего их употребления, да и для мышления вообще. В мыслительных связях выявляются разного рода недостатки, и они в принципе подобны недостаткам понятий. И объясняются они, с одной стороны, ограниченным числом тенденций, с другой стороны, шизофренически измененным содержанием части тенденций, проявляющих причинность в мышлении. Другими словами: недостатки эти происходят, с одной стороны, вследствие опрошения, с другой стороны, из-за качественной измененности действенных факторов — компонентов актуальной личности.

Нельзя также упускать из виду, что шизофренические тенденции продолжают развиваться и после завершения органического процесса. Но большинство их, а также существеннейшие из них, возникли как раз в стадии активного процесса. А эта стадия характеризуется формальным изменением мышления. Формальные нарушения мышления не существуют сами по себе, с ними всегда связаны вызванные ими изменения содержания. Последние сохраняются при шизофрении даже тогда, когда уже исчезли формальные нарушения. Во время активной фазы появился, так сказать, патологический шизофренический (“аутистический”) опыт, образующий вместе с ранее приобретенным нормальным опытом общий духовный арсенал шизофреника. Соотношение влияний того и другого опыта на дальнейшую душевную жизнь больного бывает весьма различно. В вышеописанных случаях выраженной вторичной спутанности за патологическим остается неоспоримая победа. Лишь крайне редко под воздействием внешнего стимула, нашедшего путь к “здоровому остатку личности”, блеснет лучик из действительного опыта больного. В прочих случаях оба опыта находятся в равновесии. На передний план выступает то один, то другой опыт и влияет по-своему на мышление, и зависит это от воздействия установок данного момента, каждый раз иных. Шизофреническое переживание и переживание действительности сменяют друг друга⁸, в некоторых случаях, названных Ясперсом классическими, кажется, “что существует двойная ориентация (одновременно на психическое переживание и на действительность), когда внимание может быть возбуждено каким-либо предметом и не полностью приковано содержанием переживания”. Наконец, существуют случаи, когда ориентация на действительность — постоянное состояние больного, и лишь под воздействием определенных внешних или внутренних факторов ведущим становится шизофренический опыт, и переживание становится временно психотическим.

Вторично шизофреническое “Я” может в типичных случаях, подобно двуликую Янусу, смотрящему одновременно вперед и назад, ориентироваться на два мира — действительный и аутистический. В психиатрических больницах всегда найдется некоторое число шизофреников, которые, прекрасно ориентируясь, являются осторожными помощниками персонала, и в то же время сами долгий период находятся во власти шизофренических переживаний. Было бы почти абсурдным в подобных случаях говорить о смене состояния сознания или его уровня и объяснять этим отсутствие единства переживаний. Такая смена наблюдается

⁸ “Причина того, что больной может неоднократно перекальзывать из одной сферы в другую (из аутистического мира в реальность) коренится в своеобразии шизофренического психического нарушения (Шторх). Сознание “скользит туда-сюда”.

в других случаях, и там она не будет спорной. Это случаи, где переживания действительного и аутистического мира сменяют друг друга, что мы можем заключить со слов больных. Позже мы расскажем (гл. VI), о том, что шизофреническое нарушение переживания в активных фазах представляется следствием понижения сознания на более низкую ступень по сравнению с нормальным сознанием бодрствования. Аутистический мир шизофреника — это, прежде всего, порождение этого переживания на более низкой ступени сознания. Аутистический мир привязан к этой ступени и, следовательно, отступает в тень, когда сознание повышается до уровня нормального бодрствования, чтобы снова выступить на передний план с понижением сознания. Правда, эти колебания уровня сознания при неактивных шизофрениях не настолько значительны, как во время активного процесса, они находятся в пределах нормы, встречающейся и у здоровых людей — мы имеем в виду колебания между напряжением (внимание) и ослаблением (невнимание). Однако, этих колебаний, незначительных самих по себе, бывает в условиях неактивной шизофрении достаточно для создания смены переживаний действительности и аутистических. Шторх приводит один случай из практики Шваба (Schwab), когда “появляются демоны, едва на грань ослабнет напряженное внимание к чувственно воспринимаемым окружающим предметам. Каждый раз с понижением внимания к внешнему миру и когда в силу этого дух больного “ускользал в другие области, из этих областей выскакивали демоны”. Состояние сознания этого больного долго колебалось между “состоянием частичной затемненности” и “состоянием бодрствования”. Наконец, ему удалось путем “старательного овладения сознанием” удержаться от “соблазна на блаженное угасание сознания”. Шторх также заключает из этих случаев: “Мир образов не обладает для шизофреника постоянством. Он существует лишь для “Я”, находящегося на нижней ступеньке сознания. Этот мир исчезает, когда “Я” поднимается на уровень ясного сознания и обращенности к внешнему миру”.

От степени консолидации, известной до того времени аутистическому миру, очевидно, зависит, в какой степени при ослаблении сознания остаются единым целым содержания переживаний. Также такие вторичные шизофреники, чей постоянный уровень сознания дает им возможность почти полного переживания бодрствования и у которых картинки их аутистического мира (связанного с более низким уровнем) непроизвольно оживают лишь в виде эпизодов, возникающих при временном расслаблении, — такие больные имеют более или менее отчетливое знание относительно связей этого, вроде бы отступившего, но всё же стремящегося к поверхности мира, знание, появившееся из единства содержания этих эпизодов. Поэтому они часто относятся к таким эпизодам и их содержанию, а именно, когда последняя фаза актив-

ного процесса давно завершилась, не как к чему-то совершенно чужеродному, потрясающему, а, скорее, как к обычному, чтобы не сказать привычному и, в зависимости от их аффективного значения, тягостному или, наоборот, приятному.

У здоровых людей при ослаблении внимания возникает психический процесс, протекающий в значительной мере автоматически, содержание которого определяется соответствующей конstellацией (в широком смысле), вместе с ней изменяющейся. При шизофрении после завершения процесса⁹ представляется шизофренический мир, находящийся на более низком уровне сознания, мощный фактор конstellации, который, будучи в содержательном плане почти неизменным, так же единообразно в плане содержания формирует автоматический душевный процесс или то, что получается из этого в данных патологических условиях. Прочие факторы конstellации могут проявиться лишь настолько, насколько они помогают стать заметным то одному, то другому звену общего содержания — большей частью ограниченного — шизофренического мира.

Кронфельд говорит, в связи с этим, о том, что здесь названо шизофреническим миром. Он пишет о “шизоидных переживаниях, готовности к реагированию и переработке”. В норме они “перестроены и перекрыты” актуальным психическим процессом “нормального” свойства, соответствующего доминирующим положению и предрасположению”. Деструктивный процесс, которому соответствует шизофренический психоз, “уничтожает часть здоровых предрасположенностей и способностей или же эту часть ослабляет и делает недейственной. Дело доходит до щелей и разрывов в гладкой непрерывности, обусловленной этими здоровыми диспозициями, и в эти щели проникает шизофреническая психическая жизнь, поднятая на свет психозом”. “Щели и разрывы”, о которых пишет Кронфельд, не могут быть ничем иным, кроме как преходящими, порой несколько мгновений длящимися ослаблениями, снижениями уровня сознания, при помощи которых шизофреническому миру удастся внедрить свои переживания.

Тот факт, что легкие ослабления могут привести при шизофрении к тяжелым последствиям, в то время как у здоровых людей они безобидны, объясняется, по-видимому, тем, что хронический уровень сознания больных, у которых процесс еще не стал полностью неактивным — хотя этого уровня, в общем, хватает для переживания действительности, — всё же ниже, чем уровень нормального бодрствования, так что при дальнейшем его снижении достигается уровень пато-

⁹ То же самое действительно и для шизофрений, находящихся, по всей видимости, в стадии процесса. При значительной длительности и небольшой силе процесса конstellационный фактор снижен уже в последствии шизофренических переживаний, до сих пор имевших место.

логии. Об этом говорят многочисленные свидетельства больных. Например: “В целом, я всё понимаю. Но все-таки я не всегда хорошо понимаю действительность, потому что часто бываю слаба на голову”. Или такое высказывание: “Я могу все понять. Я осознаю мои действия. Но у меня нет четкой центральной линии, которая помогает без труда переносить повышенные сознания. Чтобы бодрствование было полным, я должна ужасно напрягаться; я очень от этого устаю”. Или: “Чтобы полностью ориентироваться в действительности, я должна развивать сверхнапряженную деятельность. Иначе появляются мысли более низкого порядка, они свободно приходят из тайного мира”. Здесь речь идет об уровне сознания, с которого еще может происходить правильная ориентация в действительности, но уже путем определенного напряжения. Больной волевым усилием (по словам одного больного, “с большим трудом”) направляет свое внимание на действительность, в то время как у здоровых людей способность постоянно воспринимать окружающий мир в достаточной мере, так сказать, задана с самого начала, и повышение уровня сознания волевым усилием требуется лишь временно для выполнения высших мыслительных задач.

“Расщепление различных психических функций”, т.е. явление, из-за которого Блейлер назвал dementia praecox шизофренией, формируется, по-видимому, уже в фазе активного процесса, однако типичным оно является лишь для шизофрений, ставших неактивными. А именно: это характерно для

расщепления личности, ставшего неактивным. “Отдельные окрашенные чувством идеи или влечения получают определенную самостоятельность, так что личность “разваливается на части”. Эти части могут сосуществовать друг с другом и поочередно выступать в роли главной личности, осознаваемой части больного” (Блейлер). Если в активной фазе еще живо меняются соединения “частичных Я”, и то один, то другой комплекс идей или тенденций, высвобождаясь из единого “Я”, образует одно или несколько частичных “Я”, то при шизофрениях, ставших неактивными, нередко с присоединением различных случайных идей мы имеем дело с хорошо стабилизированными частичными “Я”. Определенная стабильность просматривается, как правило, и в том, что “главную личность”, по меньшей мере на длительное время, если не навсегда, составляет одно и то же “Я”.

Обособившиеся тенденции порождают следствия, мешающие правильной работе мысли (“главной личности”). Эти тенденции могут, по словам Блейлера, “то подавлять мышление, то ставить его себе на службу”. Они вызывают из глубины сознания психические процессы, вмешивающиеся в мышление то в форме “сделанных” представлений, мыслей, чувств, то галлюцинаций. Таким образом, они способствуют в большей или меньшей степени формированию картины шизофренической спутанности.

(Окончание следует)

РЕКОМЕНДУЕМ:

В. Зинченко, Б. Пружинин, Т. Щедрина

**ИСТОКИ КУЛЬТУРНО-ИСТОРИЧЕСКОЙ ПСИХОЛОГИИ:
философско-гуманитарный контекст**

М., РОССПЭН, 2010, 416 стр.

Институт недееспособности: первые шаги реформы законодательства. Поддержка позиции НПА России Конституционным Судом РФ.

Ю. Н. Аргунова

Реформа института недееспособности — и это сразу следует отметить — не стоит на повестке дня у законодателя. Указом Президента РФ от 18 июля 2008 г. № 1108 “О совершенствовании Гражданского кодекса Российской Федерации” ставятся лишь цели совершенствования законодательных основ рыночной экономики. Концепция развития гражданского законодательства Российской Федерации, не подвергавшаяся широкому обсуждению юридической общественностью, вообще не предусматривает внесения каких-либо изменений в главу 3 “Граждане (физические лица)” ГК РФ. Вопрос о коренной реформе института недееспособности активно обсуждают главным образом представители правозащитного движения — специалисты профессиональных и непрофессиональных общественных объединений, занимающихся защитой прав граждан с психическими расстройствами. И первые значительные успехи у них уже имеются.

Институт недееспособности назвать институтом можно лишь условно. Принято считать, что лицо, признанное недееспособным, утрачивает только свою дееспособность (способность своими действиями приобретать и осуществлять гражданские права, создавать для себя гражданские обязанности и исполнять их). В действительности, вопреки доктрине гражданского права, такое лицо лишается и многих составляющих правоспособности, т.е. способности иметь гражданские права и нести обязанности. Недееспособный не имеет права ни сам, ни через опекуна завещать свое имущество, заниматься избранным им видом деятельности, вступать в брак и т.д.

Реформу поэтому следует начинать, на наш взгляд, не только с преобразования института недееспособности, предусматривающего полное, тотальное и бессрочное лишение лица с психическим расстройством его прав, но прежде всего с уточнения содержания гражданско-правовых категорий “правоспособность” и “дееспособность”, введения в законодательство норм, предусматривающих случаи и порядок ограничения правоспособности, которое, как следует из п.1 ст.22 ГК РФ, может иметь место.

Пока же с помощью известных решений Европейского суда по правам человека и Конституционного Суда РФ по жалобам Штукатурова в институте недееспособности удалось произвести ряд “пробойн”, которые по своей значительности уже не позволяют удержать его на плаву в первоначальном виде.

Принятый на основе указанных решений *Федеральный закон от 6 апреля 2011 г. № 67-ФЗ “О внесении изменений в Закон Российской Федерации “О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании” и Гражданский процессуальный кодекс Российской Федерации*¹ некоторые юристы называют революционным. В самом деле, законодатель не только учел их требования, но и отважился пойти дальше — по пути внесения в законодательство принципиальных изменений, позволяющих недееспособным гражданам по ряду вопросов принимать самостоятельные решения и осуществлять процессуальные права, а также норм, требующих при определенных условиях учета их воли. Вместе с тем нужно признать, что Федеральный закон № 67-ФЗ не свободен от упущений и недостатков и встретит трудности в применении.

1. Добровольность обращения за психиатрической помощью.

Согласие на освидетельствование и лечение

Законодатель не ограничился внесением изменений лишь в порядок госпитализации недееспособного в психиатрический стационар (ч. 4 ст.28 Закона о психиатрической помощи), неконституционность которого была выявлена Конституционным Судом. На встречах с представителями Комитета по законодательству Госдумы нам удалось провести идею, что внесение изменений в ч. 4 ст. 28 Закона без соответствующего реформирования общих положений Закона — статей 4, 11, 12, 23, в которых регулируется порядок оказания недееспособным гражданам психиатрической помощи в целом и ее отдельных видов (в частности, освидетельствования) — приведет к возникновению противоречий в Законе.

Изначально добровольность оказания (обращения) психиатрической помощи недееспособному гражданину сводилась к получению согласия (просьбы)

¹ Федеральный закон вступил в силу с 8 апреля 2011 г.

его законного представителя. Сам недееспособный не вправе был не только отказаться от такой помощи, но и самостоятельно (без опекуна) обратиться в ПНД или психиатрический стационар и получить необходимую помощь.

Новая редакция ч. 2 ст. 4 Закона о психиатрической помощи признает легитимной просьбу (согласие) опекуна только, если недееспособное лицо *по своему состоянию не способно дать согласие на оказание ему психиатрической помощи*.

Аналогичный подход заложен в новой редакции ч. 4 ст. 11 Закона в отношении получения согласия недееспособного на лечение; ч. 1 ст. 12 о праве недееспособного на отказ от лечения, а также ч. 2 ст. 23 в отношении необходимости получения согласия (просьбы) недееспособного на психиатрическое освидетельствование (профилактический осмотр).

При этом Федеральный закон № 67-ФЗ ввел превентивный контроль со стороны органов опеки и попечительства за обоснованностью принятых опекуном решений в части оказания подопечному психиатрической помощи. Законный представитель теперь обязан известить о даче своего согласия (отказа) орган опеки и попечительства по месту жительства подопечного не позднее дня, следующего за днем дачи указанного согласия (отказа от лечения или его прекращения).

Таким образом, Закон о психиатрической помощи отныне закрепляет общее требование о получении у недееспособного гражданина добровольного информированного согласия на оказание ему любого вида психиатрической помощи (или отказа от нее). По смыслу Закона такое согласие, однако, должно быть осознанным: состояние недееспособного должно позволять ему выразить свою волю. Представленная формулировка Закона в этой части не вполне удачна и несколько двусмысленна. В указанных нормах говорится о неспособности недееспособного “дать согласие”. При этом не учитывается, что у недееспособного, как и у любого гражданина, должно быть право выбора, и он имеет право не давать согласия и активно возражать против оказания ему психиатрической помощи. Безусловно, речь в данном случае должна идти не о неспособности недееспособного сказать “да”, а о его неспособности к волеизъявлению, к принятию осознанного решения, к выражению отношения к предложенному лечению.

Не является пока вполне очевидным ответ на вопрос о том, на основании каких критериев и кем будет определяться способность недееспособного дать такое согласие и как результаты такого определения должны отражаться в меддокументации.

Шансы недееспособного лица быть услышанным, впрочем, и так не велики. Такие лица обычно находятся под диспансерным наблюдением, а это означает, что по правилам ч. 5 ст. 23 Закона о психиатрической помощи они могут быть подвергнуты психиатрическо-

му освидетельствованию без их согласия или без согласия их законных представителей.

2. Госпитализация в психиатрический стационар

Как известно, помещение в психиатрический стационар дееспособного лица без его согласия либо недееспособного гражданина без согласия его законного представителя (а теперь должно подразумеваться и без согласия самого недееспособного) осуществляется в особых (экстренных) случаях. Они строго оговорены в ст. 29 Закона о психиатрической помощи. То, что при наступлении любого из таких случаев мнения и самого недееспособного гражданина и его опекуна юридического значения не имеют, и вопрос о госпитализации рассматривается в суде, возражений ни у кого не вызывает.

Не соответствующей Конституции РФ была признана ч. 4 ст. 28 Закона о психиатрической помощи в той мере, а какой она допускала госпитализацию недееспособного без выяснения его мнения в любых иных (не экстренных) случаях лишь по просьбе (с согласия) опекуна и без судебного решения, выносимого по результатам проверки обоснованности госпитализации в недобровольном для недееспособного лица порядке.

В течение двух лет с момента принятия Постановления Конституционного Суда РФ от 27 февраля 2009 г. № 4-П по жалобе Штукатурова и до вступления в силу Федерального закона № 67-ФЗ правоприменительная практика продемонстрировала самые разные подходы и схемы: начиная со случаев, когда судьи “подгоняли” госпитализацию недееспособного (вне зависимости от того дал он согласие на госпитализацию или нет) под п. “в” ст. 29 Закона о психиатрической помощи, вписывая в свои решения не соответствующие действительности характеристики тяжести психического состояния, которые сами врачи не усматривали, и заканчивая случаями отказа в удовлетворении заявления больницы по причине того, что недееспособные были согласны с госпитализацией и решения суда поэтому, якобы, не требовалось.

Врачи, как правило, стремились оформить госпитализацию недееспособного через суд (при отсутствии оснований, предусмотренных ст. 29 Закона) как выясняя, так и не выясняя позицию недееспособного; а при выяснении его мнения как получив, так и не получив от него согласия. Вопрос в том, нужно ли было перед обращением в суд получать согласие опекуна также решался по-разному.

Федеральный закон № 67-ФЗ внес, наконец, изменения в ст. 28 Закона о психиатрической помощи и дополнил ее частью 4¹, согласно которой недееспособное лицо помещается в психиатрический стационар добровольно — по его просьбе или с его согласия. Если недееспособное лицо по своему состоянию не

способно дать согласие, такое лицо помещается в психиатрический стационар по просьбе или с согласия его законного представителя в порядке, предусмотренном статьями 32 – 36 Закона о психиатрической помощи, т.е. в судебном порядке, аналогичном тому, который действует в случаях применения ст. 29 Закона. Госпитализация недееспособного предшествует судебному разбирательству. Законный представитель недееспособного лица извещает орган опеки и попечительства по месту жительства подопечного о просьбе или даче согласия на помещение его подопечного в психиатрический стационар не позднее дня, следующего за днем такой просьбы или дачи согласия.

Итак, если недееспособный, сохранивший способность выразить свою волю, откажется от госпитализации (повторяем: при отсутствии оснований, предусмотренных ст. 29 Закона), он не может быть помещен в психиатрический стационар вне зависимости от позиции (желания) его законного представителя.

Недееспособный, помещенный в психиатрический стационар, подлежит обязательному освидетельствованию в течение 48 часов комиссией врачей-психиатров, которая принимает решение об обоснованности госпитализации. В случаях, когда госпитализация признается необоснованной и недееспособный не выражает желания остаться в психиатрическом стационаре, он подлежит выписке.

Если госпитализация признается обоснованной, то мотивированное заключение комиссии вместе с заявлением о госпитализации недееспособного в те же 48 часов направляется в суд по месту нахождения психиатрического учреждения для решения вопроса о дальнейшем пребывании лица в стационаре.

В заявлении о госпитализации согласно требованиям общей нормы — абзаца второго ч. 2 ст. 33 Закона о психиатрической помощи должны быть указаны предусмотренные законом основания для госпитализации в психиатрический стационар в недобровольном порядке. По смыслу Федерального закона № 67-ФЗ, делающего отсылку к ст. 33 Закона о психиатрической помощи без изменения ее редакции, под госпитализацией в недобровольном порядке теперь следует понимать не только госпитализацию по “экстренным” основаниям ст. 29 Закона, но и госпитализацию недееспособного, осуществляемую с согласия опекуна по правилам ч. 4¹ ст. 28 Закона. Госпитализация недееспособного по одному только согласию опекуна впервые была охарактеризована как принудительная в п. 5.2. Постановления Конституционного Суда РФ от 27 февраля 2009 г. № 4-П по жалобе Штукатурова. В отличие, однако, от ст. 29 Закона в ч. 4¹ ст. 28 перечень оснований для госпитализации не определен. Очевидно, она осуществляется в тех случаях, когда больного желательно и возможно (но не строго обязательно) наблюдать и лечить в стационарных условиях, либо когда его лечение возможно только в стационаре,

но при отсутствии проявлений, соответствующих пунктам “а”, “б” или “в” ст. 29, т.е. при отсутствии непосредственной опасности лица, его беспомощности или вероятности наступления существенного вреда его здоровью при оставлении больного вне стационара. Не вполне ясно поэтому, какие доводы должна представлять больница в суд в обоснование необходимости такой “факультативной” недобровольной госпитализации, и как суд должен оценивать заключение комиссии без каких-либо сформулированных в законе медицинских критериев и оснований.

Рассмотрение в суде заявления больницы о госпитализации недееспособного, а также о продлении его госпитализации по прошествии 6 месяцев (1 года) должно осуществляться по правилам, предусмотренным для рассмотрения дел о недобровольной госпитализации по основаниям ст. 29 Закона (ст. 33 – 36). Важно при этом отметить, что недееспособному пациенту должно быть предоставлено право лично участвовать в судебном заседании. Если психическое состояние лица не позволяет ему лично участвовать в рассмотрении дела в помещении суда, то дело должно рассматриваться в психиатрическом учреждении.

Часть 3 ст. 34 Закона о психиатрической помощи предусматривает обязательное участие в рассмотрении дела представителя лица, в отношении которого решается вопрос о госпитализации. Применительно к недееспособному лицу это должно означать, что он сам вправе выбрать себе представителя, который может и не являться его опекуном. В противном случае, на наш взгляд, весьма вероятен конфликт интересов, который не позволит обеспечить состязательность процесса.

Как следует из закона, самому недееспособному, его представителю предоставлено право обжаловать постановление суда об удовлетворении заявления больницы в 10-дневный срок.

3. Помещение в психоневрологический интернат

Федеральным законом № 67-ФЗ изменен порядок помещения недееспособных граждан также в психоневрологические учреждения для социального обеспечения, предусмотренный ст. 41 Закона о психиатрической помощи, хотя данная норма и не была предметом рассмотрения Конституционного Суда РФ в Постановлении от 27 февраля 2009 г. № 4-П по жалобе Штукатурова.

Для таких граждан основанием для помещения в ПНИ прежде служило решение органа опеки и попечительства, принятое на основании заключения врачебной комиссии с участием врача-психиатра. Личного заявления или иным образом выраженного согласия недееспособного не требовалось, о согласии (просьбе) опекуна в этой статье не упоминалось.

Согласно новой редакции ч. 1 ст. 41 Закона о психиатрической помощи основаниями для помещения

недееспособного лица в ПНИ является его личное заявление и заключение врачебной комиссии с участием врача-психиатра. Если же недееспособный “по своему состоянию не способен подать личное заявление”, сохраняется прежний порядок — решение о помещении принимает орган опеки на основании заключения врачебной комиссии. Заключение должно содержать сведения о наличии у лица психического расстройства, лишаящего его возможности находиться в неспециализированном учреждении для социального обеспечения.

Данная норма, однако, и в концептуальном, и в юридико-техническом отношении осталась законодателем недоработанной.

Во-первых, в ней по-прежнему не предусмотрены показания для помещения в ПНИ (неспособность к самообслуживанию и др.) и критерии, которыми должны руководствоваться органы опеки и врачебные комиссии при принятии решения о фактически принудительном помещении лица в такое учреждение, если он, якобы, не способен сам подать заявление, что не позволяет осуществлять должный контроль за законностью и обоснованностью помещения в ПНИ лица в статусе недееспособного.

Во-вторых, не обеспечивает законность помещения недееспособного в ПНИ также и то обстоятельство, что свое решение орган опеки основывает лишь на одном документе — медицинском заключении. Такое ограничение не позволяет избежать произвольного вмешательства в право на свободу и личную неприкосновенность.

В-третьих, возражение недееспособного лица против его помещения в ПНИ и соответственно нежелание подавать нужное заявление могут быть легко интерпретированы как “неспособность” подать такое заявление при том, что определенность в вопросе о том, кто устанавливает эту “неспособность” отсутствует.

В-четвертых, в ст. 41 Закона по-прежнему умалчивается о том, необходимо ли выяснение мнения опекуна недееспособного (если таковой имеется) о помещении его подопечного в ПНИ.

В-пятых, данная новелла носит половинчатый характер. Закрепив за недееспособным право на принятие решения о помещении в ПНИ и оговорив соответственно возможность принудительного водворения недееспособного в интернат, законодатель не установил судебный контроль за обоснованностью выносимого органом опеки решения, т.е. судебной процедуры, в известной мере аналогичной судебной процедуре недобровольной госпитализации недееспособного в психиатрический стационар.

Данный пробел, возникший вследствие просчета законодателя, был восполнен предпринятыми задолго до принятия Федерального закона № 67-ФЗ усилиями НПА России по оспариванию конституционности положения ч. 1 ст. 41 Закона о психиатрической помощи как раз в той мере, в какой данное положение

предполагает помещение недееспособного лица в ПНИ без судебного решения, принимаемого по результатам проверки обоснованности фактически принудительного (по решению органа опеки) помещения в такое учреждение.

Более тщательное (по сравнению с законодателем) изучение правовой позиции Конституционного Суда РФ, изложенной в Постановлении от 27 февраля 2009 г. № 4-П по жалобе Штукатурова, привело специалистов НПА России к убеждению, что она применима и к порядку помещения недееспособных граждан в ПНИ.

В целях установления данного факта и введения судебного контроля за недобровольным помещением недееспособных граждан в ПНИ в августе 2010 г. в Конституционный Суд РФ была подана жалоба от имени недееспособного Ибрагимова², оказавшегося в весьма типичной ситуации³.

В жалобе было указано, что положение ч. 1 ст. 41 Закона, по нашему мнению, противоречит ст. 22 и 46 Конституции РФ, в соответствии с которыми каждый имеет право на свободу и личную неприкосновенность, ограничение свободы допускается только по решению суда; до судебного решения лицо не может быть подвергнуто задержанию на срок более 48 часов; каждому гарантируется судебная защита его прав и свобод.

² Составителем жалобы и соответственно представителем Ибрагимова в Конституционном Суде РФ являлся автор данной статьи.

³ Решением Бижбулякского районного суда Республики Башкортостан от 22 мая 2008 г. Ибрагимов по заявлению своей матери был признан недееспособным. В судебное заседание он не вызывался, и дело рассматривалось в его отсутствие на том основании, что он находился в тот момент на лечении в Белебеевской психиатрической больнице и, якобы, согласно Инструкции не мог быть отпущен из отделения. Копия решения суда ему не направлялась.

Прямо из больницы против его воли он был помещен на постоянное жительство в Нефтекамский ПНИ. О принятом решении суда о признании его недееспособным он узнал через полтора года, т.е. уже после поступления в интернат. Опекун ему не назначался, его мать отказалась забирать его из больницы, не захотев проживать с ним в квартире. Обязанности опекуна были возложены на ПНИ.

Ибрагимов многократно обращался к руководству интерната с требованием выписать его из ПНИ, т.к. он не давал согласия в нем находиться. Однако каждый раз получал отказ со ссылкой на то, что он недееспособный и его согласия ни на помещение, ни на пребывание в ПНИ по закону не требуется, что он не вправе также обжаловать решение органа опеки, обратившись в суд, и может находиться в ПНИ пожизненно.

В личном деле Ибрагимова вместо решения имелось лишь ходатайство органа опеки о постановке его на очередь в интернат, а заключение врачебной комиссии заменяла справка КЭК со ссылкой на ст. 41 Закона о психиатрической помощи.

Положение ч. 1 ст. 41 Закона создает ситуацию, когда содержание в ПНИ недееспособного лица возможно в течение неопределенного периода времени, поскольку закон не требует вынесения судебного решения не только о таком помещении, но и о продлении срока содержания недееспособного в таком учреждении, а само лицо в силу абзаца третьего ст. 222 ГПК РФ не имеет права обратиться в суд для оспаривания решения органа опеки или ПНИ.

Было отмечено отсутствие в законе учета правовых последствий, которые влечет за собой помещение в интернат. Такими последствиями, затрагивающими права недееспособного, являются, в частности, переход учреждению опекунских полномочий без учета желания недееспособного (абзац второй п. 1 ст. 39 ГК РФ); утрата недееспособным лицом по истечении 6 месяцев пребывания в стационарном учреждении социального обслуживания права на жилое помещение, в котором он проживал один по договору социального найма до помещения в интернат (ч. 11 ст. 17 ФЗ «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации»).

Жалоба содержала требование к Конституционному Суду признать применимыми к данному делу правовые позиции, сформулированные Конституционным Судом в Постановлении от 27 февраля 2009 г. № 4-П по жалобе Штукатурова, и признать указанное положение ч. 1 ст. 41 Закона не соответствующим Конституции РФ.

Однако признавать норму не соответствующей Конституции РФ не потребовалось. Конституционный Суд согласился с представленной нами аргументацией и в своем *Определении от 19 января 2011 г. № 114-О-П по жалобе Ибрагимова* указал, что правовые позиции и выводы Конституционного Суда, сформулированные им в Постановлении от 27 февраля 2009 г. № 4-П и Определении от 5 марта 2009 г. № 544-О-П о недопустимости недобровольной госпитализации граждан в психиатрический стационар без надлежащего судебного контроля *применимы* и в отношении порядка и процедуры помещения недееспособных граждан в специализированные (психоневрологические) учреждения для социального обеспечения. Иное вопреки требованиям статей 19 (ч. 1 и 2), 22, 46 (ч. 1 и 2) и 55 (ч. 3) Конституции РФ приводило бы к несоразмерному ограничению прав указанных лиц, в т.ч. права на свободу и личную неприкосновенность, а также права на судебную защиту.

Право каждого на судебную защиту, как указывается в Определении, носит универсальный характер, выступает процессуальной гарантией в отношении всех других конституционных прав и свобод и не подлежит ограничению. Предоставляемая недееспособному лицу судебная защита должна быть справедливой, полной и эффективной, включая обеспечение ему права на получение квалифицированной юридической помощи (ст. 48 Конституции РФ). При этом то

обстоятельство, что помещение недееспособного в ПНИ производится по решению органа опеки даже с учетом возможности принятия такого решения в коллегиальном порядке не может, по мнению Конституционного Суда, компенсировать судебный контроль, поскольку только суд по итогам объективного и всестороннего рассмотрения дела вправе принимать решения об ограничении прав личности, имеющих конституционный характер.

Конституционный Суд определил, что оспариваемое положение ч. 1 ст. 41 Закона — по своему конституционно-правовому смыслу в системе действующего правового регулирования и с учетом выраженных ранее правовых позиций Конституционного Суда — не предполагает помещение недееспособного лица в психоневрологическое учреждение для социального обеспечения на основании решения органа опеки, принятого по заключению врачебной комиссии, без проверки обоснованности такого решения в надлежащем судебном порядке.

Конституционно-правовой смысл указанного законоположения, выявленный Конституционным Судом РФ, является общеобязательным и исключает любое иное его истолкование в правоприменительной практике.

Федеральному законодателю поручено установить процедуру судебной проверки необходимости и обоснованности помещения недееспособных лиц в ПНИ.

Таким образом, помещение в ПНИ недееспособного лица, который “по своему состоянию не способен подать личное заявление”, на основании ч. 1 ст. 41 Закона о психиатрической помощи (в редакции Федерального закона № 67-ФЗ) и с учетом правовой позиции Конституционного Суда РФ, сформулированной в Определении от 19 января 2011 г. № 114-О-П, может осуществляться только на основании судебного решения, вынесенного по результатам справедливого судебного разбирательства.

По нашему мнению, изложенному в дополнительных разъяснениях по запросу Конституционного Суда, вопрос о принудительном помещении недееспособного лица в ПНИ должен решаться судом до помещения лица в интернат (в отличие от недобровольной госпитализации недееспособного в психиатрический стационар) по заявлению (представлению) органа опеки и попечительства, к которому должны прилагаться заключение врачебной комиссии (а не справка КЭК) и мотивированное решение (а не ходатайство о постановке на очередь в ПНИ) органа опеки с обоснованием необходимости пребывания (временного, постоянного) недееспособного лица в условиях специализированного интерната с указанием обстоятельств, свидетельствующих о неспособности лица по своему состоянию выразить свое отношение к помещению в ПНИ.

Опекун недееспособного лица, психиатрическое лечебное учреждение в этом случае будут вправе инициировать перед органом опеки вопрос о помещении недееспособного в ПНИ. Непосредственным инициатором (не только заявителем) обращения в суд может быть и сам орган опеки.

Судебный контроль за обоснованностью пребывания недееспособного лица в интернате следовало бы осуществлять по истечении первых 6 месяцев с момента его помещения (на этот срок в интернатах обычно оформляется временное проживание). В дальнейшем решение о продлении пребывания недееспособного в интернате может приниматься судом ежегодно с учетом положений ч. 3 ст. 43 Закона о психиатрической помощи, в соответствии с которыми администрация ПНИ обязана не реже 1 раза в год проводить освидетельствования лиц, проживающих в нем, врачебной комиссией с участием врача-психиатра с целью решения вопроса об их дальнейшем содержании в этом учреждении, а также о возможности пересмотра решений об их недееспособности. Заявление в суд о продлении срока пребывания недееспособного в ПНИ должно исходить от органа опеки, осуществляющего надзор за деятельностью интерната, под опекой которого находится недееспособный.

В жалобе в Конституционный Суд от имени Ибрагимова были представлены также доводы, позволяющие ставить под сомнение и конституционность ст. 9 и 15 ФЗ “О социальном обслуживании граждан пожилого возраста и инвалидов” в части регулирования порядка принудительного помещения недееспособных граждан в учреждения социального обслуживания. Эти нормы не требуют судебной процедуры помещения недееспособных лиц в ПНИ при наличии согласия на такое помещение их законных представителей. Однако, поскольку к Ибрагимову данные нормы не применялись, оспаривание их конституционности в рамках данного дела нами не проводилось.

Вместе с тем, исходя из понимания общих положений и выводов Конституционного Суда, сформулированных в Определении от 19 января 2011 г. № 114-О-П по жалобе Ибрагимова, можно, взяв на себя смелость, предположить, что правовая позиция Конституционного Суда, изложенная им в Постановлении от 27 февраля 2009 г. № 4-П по жалобе Штукатурова применима не только к ч. 1 ст. 41 Закона о психиатрической помощи, но и к ст. 9 и 15 ФЗ “О социальном обслуживании граждан пожилого возраста и инвалидов” и, возможно, другим законодательным нормам, предусматривающим ограничения конституционных прав недееспособных граждан без судебной процедуры.

Из этого может следовать, в частности, что помещение недееспособного в ПНИ на основании ст. 9 и 15 указанного выше федерального закона не должно уже с момента провозглашения Постановления Конституционного Суда от 27 февраля 2009 г. № 4-П (т.е.

без принятия специальных на этот счет решений Конституционного Суда) производиться без судебной процедуры, из чего и должна на сегодня исходить правоприменительная практика. Соответствующий фронт работ должен определить для себя и законодатель.

4. Выписка из психоневрологического интерната

Возможности для недееспособных граждан покинуть стены интерната в рамках новой редакции ст. 44 Закона о психиатрической помощи как расширены, так и несколько ограничены.

Выписка недееспособного из ПНИ может производиться:

1) по его личному заявлению при наличии заключения врачебной комиссии с участием врача-психиатра о том, что по состоянию здоровья такое лицо способно проживать самостоятельно.

Ранее ст. 44 Закона о психиатрической помощи не допускала не только права недееспособного на подачу подобного заявления, но и самой возможности лица, лишенного дееспособности, в принципе проживать самостоятельно.

2) по заявлению законного представителя недееспособного лица, если такое лицо по своему состоянию не способно подать личное заявление, при условии, что его законный представитель обязуется осуществлять уход и (или) обеспечить осуществление ухода за своим подопечным.

Важно отметить в этой связи, что теперь закон позволяет опекуну забрать подопечного из интерната, даже если он сам лично не сможет по тем или иным причинам осуществлять за подопечным уход. Главное, чтобы опекун изыскал возможность обеспечить осуществление необходимого ухода, возможно с помощью третьих лиц.

Следует обратить внимание также и на другое юридически значимое обстоятельство. Как в прежней, так и в новой редакции ч. 2 ст. 44 Закона о психиатрической помощи в качестве лица, обязующегося осуществлять уход, указывается законный представитель недееспособного. Вместе с тем, известно, что опекунские функции в отношении недееспособного, помещенного в ПНИ, как правило, переходят от его опекуна (физического лица) администрации интерната. Недееспособным же, не имеющим опекунов и помещенным под надзор в ПНИ, опекуны вообще не назначаются. Исполнение обязанностей опекунов в соответствии с обновленной в 2008 г. редакцией п. 4 ст. 35 ГК РФ и ч. 5 ст. 11 ФЗ “Об опеке и попечительстве” возлагается в этом случае на ПНИ.

Возникает вопрос: откуда же взяться опекунам у большей части недееспособных граждан, проживающих в ПНИ, и как на практике должна реализовываться норма о выписке недееспособного по заявлению его законного представителя?

В прежней редакции ч. 2 ст. 44 Закона о психиатрической помощи ситуация в определенной мере смягчалась тем фактом, что недееспособный мог быть выписан по заявлению не только законного представителя, но и родственников, гарантировавших осуществление за ним ухода. В новой редакции этой нормы родственники исключены из числа возможных заявителей.

Данное противоречие в Законе не должно, разумеется, загонять в тупик решение судьбы недееспособного, о котором кто-либо обязуется позаботиться за пределами интерната. Закон не мешает родственнику недееспособного (иному лицу) подать заявление в орган опеки, на территории которого расположен ПНИ, с просьбой о назначении его в качестве опекуна с обоснованием того, что передача опекунских функций будет соответствовать интересам подопечного (ст. 39 ГК РФ). Многое, безусловно, будет теперь зависеть от гибкости позиции администрации ПНИ, благосклонности членов врачебных комиссий и неформального подхода органа опеки, решение которого может быть оспорено в суде заинтересованными лицами.

5. Признание гражданина недееспособным

В связи с признанием не соответствующими Конституции РФ норм ГПК РФ, определявших порядок признания гражданина недееспособным, Федеральным законом № 67-ФЗ внесены существенные изменения в ГПК РФ.

5.1. Установлен порядок вручения судебной повестки по делу о признании адресата недееспособным (ч. 2 ст. 116 ГПК РФ). Предусматривается, что такая повестка должна вручаться адресату лично. Вручение ее иным гражданам, в т.ч. кому-либо из совместно с ним проживающих членов семьи с их согласия для последующего вручения адресату, не допускается.

5.2. Введена специальная норма, регламентирующая возможность рассмотрения дела о признании гражданина недееспособным в его отсутствие. Она вытекает из последствий неявки данного гражданина в судебное заседание. В соответствии с абзацем вторым ч. 3 ст. 167 ГПК РФ в случае, если гражданин, в отношении которого подано заявление о признании его недееспособным, надлежащим образом извещен о времени и месте судебного разбирательства, рассмотрение дела в его отсутствие допускается при условии признания судом причин его неявки неуважительными.

Это правило отличается от общего правила, в соответствии с которым суд вправе рассмотреть дело в случае неявки кого-либо из лиц, участвующих в деле и извещенных о времени и месте судебного заседания, если ими не представлены сведения о причинах неявки или суд признает их неуважительными. Очевидно, что в случае, если гражданин, в отношении ко-

торого подано указанное заявление, не извещает суд о причинах своей неявки, что, следовательно, не дает суду возможность оценить их уважительность, суд не вправе приступить к рассмотрению дела.

5.3. Уточнены условия вызова в судебное заседание гражданина, в отношении которого рассматривается дело. В ч. 1 ст. 284 ГПК РФ предусматривается, что указанный гражданин должен быть вызван в судебное заседание, если его присутствие в судебном заседании не создает опасности для его жизни или здоровья либо для жизни или здоровья окружающих, для предоставления ему судом возможности изложить свою позицию лично либо через выбранных им представителей.

5.4. Установлены дополнительные гарантии участия гражданина в рассмотрении судом дела о признании его недееспособным. Часть 1 ст. 284 ГПК РФ дополнена абзацем следующего содержания: “В случае, если личное участие гражданина в проводимом в помещении суда судебном заседании по делу о признании гражданина недееспособным создает опасность для его жизни или здоровья либо для жизни или здоровья окружающих, данное дело рассматривается судом по месту нахождения гражданина, в том числе в помещении психиатрического стационара или психоневрологического учреждения с участием самого гражданина”.

Важно отметить, что судами некоторых российских регионов, например, Архангельской области, дела данной категории рассматриваются не только в помещениях учреждений, но и в других “местах нахождения гражданина”, в частности у него на дому.

5.5. Гражданину, признанному недееспособным, предоставлено право не только лично, но и через выбранных им представителей (т.е. не обязательно опекуна) обжаловать решение суда о признании его недееспособным в апелляционном порядке, подать заявление о его пересмотре по вновь открывшимся обстоятельствам, а также обжаловать решение суда в кассационном и надзорном порядке, если суд первой инстанции не предоставил этому гражданину возможность изложить свою позицию лично либо через выбранных им представителей.

6. Восстановление дееспособности гражданина

Особую значимость Федеральному закону № 67-ФЗ придает внесенное им дополнение в ст. 286 ГПК РФ, установившее право самостоятельного обращения недееспособного гражданина или выбранных им (!) представителей в суд с заявлением о признании его дееспособным и соответственно право лично обжаловать судебное решение об отказе в удовлетворении заявления о признании гражданина дееспособным.

Учен, наконец, порядок рассмотрения дел данной категории. Они должны рассматриваться по правилам уже известной нам ст. 284 ГПК РФ.

Вместе с тем, не устранены многие другие недостатки ст. 286 ГПК РФ, на которые мы неоднократно обращали внимание⁴. Дела о признании гражданина дееспособным не включены в предусмотренный ч. 1 ст. 262 ГПК РФ перечень дел, рассматриваемых в порядке особого производства. Решение о признании гражданина дееспособным принимается судом по-прежнему на основании лишь одного единственного документа — заключения СПЭ.

7. Гражданская процессуальная дееспособность

Согласно прежней редакции ч. 5 ст. 37 ГПК РФ недееспособный был лишен гражданской процессуальной дееспособности, т.е. способности своими действиями осуществлять процессуальные права, выполнять процессуальные обязанности и поручать ведение дела в суде представителю. Права, свободы и законные интересы недееспособного могли защищать в процессе лишь его законный представитель и иные лица, которым это право предоставлено федеральным законом (в частности, органы опеки и попечительства).

Изменения, внесенные Федеральным законом № 67-ФЗ в ч. 5 ст. 37 и ст. 222 ГПК РФ, фактически вводят *частичную гражданскую процессуальную дееспособность* недееспособных граждан, устанавливая границы, в которых недееспособный сам вправе защищать свои интересы в суде. Такие границы, как следует из этих норм, предусматриваются самим ГПК, а также могут быть инициированы судом.

Во-первых, согласно новой редакции ч. 5 ст. 37 ГПК РФ права и интересы недееспособных граждан защищают в процессе их законные представители, *“если иное не предусмотрено настоящим Кодексом”*. А *“настоящий Кодекс”*, т.е. ГПК РФ, предусмотрел возможность защиты недееспособным лицом своих интересов при обжаловании решения суда о признании его недееспособным, при восстановлении дееспособности. В ст. 222 ГПК РФ теперь прямо указано, что суд оставляет заявление без рассмотрения в случаях, если заявление подано недееспособным лицом, за исключением заявления этого лица о признании его дееспособным, ходатайства о восстановлении пропущенных процессуальных сроков по делу о признании этого лица недееспособным.

Однако, законодатель “забыл”, что в новой части 4¹ ст.28 Закона о психиатрической помощи, в которой имеется отсылка к ст. 35 этого же Закона, предусмот-

рел право недееспособного обжаловать также решение суда о его недобровольной госпитализации. При этом соответствующие изменения в главу 35 ГПК РФ о рассмотрении дел о принудительной госпитализации в психиатрический стационар и ст. 222 ГПК РФ об основаниях для оставления заявления без рассмотрения внесены не были, что не позволит недееспособным гражданам на деле реализовать свою гражданскую процессуальную дееспособность по указанной категории дел. Данное обстоятельство указывает на образовавшийся существенный пробел в законодательстве.

Другой пробел в ст. 222 ГПК РФ возник после принятия Определения Конституционного Суда от 19 января 2011 г. № 114-О-П. Законодатель должен теперь предусмотреть право недееспособного обращаться в суд по поводу обжалования решения суда о его принудительном помещении в психоневрологический интернат.

Во-вторых, в ч. 5 ст. 37 ГПК РФ теперь предусмотрено право (хотя и не обязанность) суда привлечь к участию в гражданских делах самих недееспособных граждан (наряду с их законными представителями).

Федеральный закон № 67-ФЗ внес изменения лишь в два законодательных акта — ГПК РФ и Закон о психиатрической помощи, обойдя стороной нормы некоторых других законодательных актов, находящихся с ними в известном единстве. Не были, к сожалению, внесены соответствующие изменения в Основы законодательства РФ об охране здоровья граждан: в частности в ч. 2 ст. 31 о праве недееспособного на информацию о состоянии его здоровья, ч. 3 ст. 32 и ч. 3 ст. 33 о даче согласия (об отказе) на медицинское вмешательство. Не скорректирована ст. 48 Основ законодательства РФ о нотариате в плане предоставления недееспособному лицу возможности обращения к нотариусу с просьбой о совершении нотариальных действий по оформлению представительства его интересов в суде и др.

Нарушен баланс норм и в самих обновленных законах. Так, способность лица по своему состоянию выразить свое отношение к освидетельствованию, лечению, госпитализации должна устанавливаться и учитываться при выяснении согласия на получение психиатрической помощи не только у недееспособных, но и у всех остальных пациентов. Согласие, полученное и у дееспособного лица, не способного выразить свою волю, не может считаться юридически значимым.

Работа по совершенствованию законодательства в данной сфере должна быть продолжена.

⁴ См.: Аргунова Ю. Н. Права граждан с психическими расстройствами. М., 2010. С. 228 – 234.

Автономия воли недееспособного гражданина в решении социальных и медицинских вопросов

Д. Г. Бартнев (Санкт-Петербург)

До недавнего времени волеизъявление человека, признанного недееспособным решением суда, не имело по закону юридического значения практически во всех сферах правоотношений. На практике положение ст. 31 Гражданского кодекса РФ, в соответствии с которой опекуны выступают в защиту прав и интересов своих подопечных “в отношениях с любыми лицами, в том числе в судах, без специального полномочия”, понималось исключительно широко и фактически означало право опекуна по своему усмотрению решать все вопросы относительно своего подопечного, в том числе и глубоко личного характера: с кем общаться, где проживать, чем заниматься в свободное время и пр. Таким образом, волеизъявление лишенного дееспособности гражданина полностью замещалось волеизъявлением опекуна.

Такая ситуация, хотя и не в полной мере основанная на законе, существовала в связи с отсутствием в законе прямого указания на те неотъемлемые права личности, которыми гражданин, признанный недееспособным, не только обладает, но и может осуществлять своими действиями. В действительности, прямое указание на необходимость выяснения мнения недееспособного гражданина законом предусматривается только в отношении кандидатуры будущего опекуна (ст. 35 Гражданского кодекса РФ). При этом такое мнение только учитывается, но не имеет обязательного характера.

Принятие в 2009 году Конституционным Судом РФ постановления по делу П. В. Штукатурова фактически впервые в российской правовой системе признало самостоятельность гражданина, признанного недееспособным, в некоторых сферах правоотношений¹. Одной из таких сфер является госпитализация гражданина в психиатрический стационар. Конституционный Суд постановил, что для помещения недееспособного лица в психиатрический стационар *в недобровольном порядке* требуется судебное решение. При этом недобровольный порядок означает отсутствие согласия самого гражданина, а не его опекуна, что фактически означало признание за недееспособным лицом права

самостоятельно решать вопрос об оказании ему стационарной психиатрической помощи. Соответственно, у врача-психиатра появилась безусловная обязанность выяснять отношение самого недееспособного пациента к предложенному стационарному лечению².

Следуя сформулированному в деле Штукатурова подходу, в начале 2011 года Конституционным Судом РФ были приняты определения по двум делам, связанным с помещением недееспособных граждан в психоневрологический интернат³ (далее ПНИ). Конституционный Суд обозначил необходимость судебного контроля в отношении недобровольного помещения недееспособного лица в интернат, указав, что решения органа опеки и попечительства и заключения врачебной комиссии, как это было предусмотрено ст. 41 Закона РФ “О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании” (далее Закон о психиатрической помощи) недостаточно. Хотя Конституционный Суд, в отличие от постановления по делу Штукатурова, не указал на то, что судебное решение требуется только в случае *недобровольного* помещения гражданина в интернат, такой вывод следует из прямого признания Конституционным Судом такого помещения “ограничением свободы” и указания им на аналогию с недобровольной госпитализацией. Соответственно, ключевым моментом является определение недобровольного характера помещения гражданина в ПНИ, что возможно только путем выяснения его личного мнения.

В созвучии с данными правовыми позициями КС РФ, 6 апреля 2011 г. были приняты поправки в Закон о психиатрической помощи⁴. Изменения в Закон коснулись ряда важных вопросов, связанных с волеизъявлением недееспособного гражданина.

Во-первых, это касается выражения согласия на лечение: в соответствии с внесенными изменениями, согласие на любой вид психиатрической помощи (не только стационарное лечение) дается опекуном недееспособного лица только в том случае, если сам гражданин не способен по своему состоянию дать согласие на лечение или отказаться от него.

¹ Постановление от 27 февраля 2009 г № 4-П.

² На практике понимание указанной правовой позиции Конституционного Суда РФ вызвало различное толкование вплоть до того, что в некоторых стационарах суды дают санкцию на госпитализацию любого недееспособного лица, без выяснения его отношения к госпитализации и даже без его участия в заседании.

³ Определение от 19 января 2011 г. № 114-О-П по жалобе А. И. Ибрагимова и определение от 8 февраля 2011 г. № 120-О-О по жалобе А. Б. Егорова.

⁴ Федеральный закон от 6 апреля 2011 г. № 67-ФЗ “О внесении изменений в Закон Российской Федерации “О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании” и в Гражданский процессуальный кодекс”.

Во-вторых, предусмотрена специальная гарантия в отношении госпитализации в психиатрический стационар: если недееспособное лицо не способно по своему состоянию дать согласие на стационарное лечение, это не означает возможности госпитализации на основании решения опекуна, поскольку такая мера приравнивается к ограничению свободы и требует судебной проверки на предмет обоснованности госпитализации в недобровольном порядке. Соответственно, никакие иные основания, за исключением тех, которые предусмотрены в ст. 29 Закона о психиатрической помощи не могут служить законным поводом для госпитализации “непротестующего” пациента, то есть лица, не способного выразить своего отношения к предложенному лечению.

В-третьих, закон вводит специальные гарантии против злоупотреблений опекунами своими полномочиями по решению вопросов об оказании медицинской помощи своим недееспособным пациентам. Такой гарантией является обязательное извещение органа опеки и попечительства о принятом решении об оказании психиатрической помощи без согласия самого “непротестующего” пациента.

В-четвертых, закон предусматривает в качестве обязательного условия помещения гражданина в психоневрологический интернат его личное согласие и только в том случае, если такое лицо по своему состоянию не способно подать личное заявление, помещение в интернат возможно по решению органа опеки и попечительства (но не опекуна), принятого на основании заключения врачебной комиссии с участием врача-психиатра. При этом обоснованность такого решения подлежит проверке в судебном порядке с учетом вышеприведенной позиции Конституционного Суда РФ.

Несмотря на исключительно прогрессивный характер указанных законодательных новелл, их значение для защиты прав людей с нарушениями психического расстройства в значительной степени ослабляется отсутствием нормативно закрепленного естественного права каждого человека жить в обществе, а в не закрытом учреждении.

Косвенно данное право закреплено в ст. 5 Закона о психиатрической помощи в виде требования об оказании психиатрической помощи “в наименее ограничительных условиях, по возможности по месту жительства пациента”. При этом в соответствии со статьей 41 помещение гражданина в ПНИ, несмотря на преимущественно социальный характер данной меры, Закон рассматривает в качестве особого вида психиатрической (медико-социальной) помощи.

Конвенция ООН о правах инвалидов 2006 г., подписанная Российской Федерацией в 2008 г., основываясь на принципе уважения личной самостоятельности инвалида, включая свободу делать свой собственный выбор, и независимости, требует того, чтобы наличие инвалидности ни в коем случае не становилось осно-

ванием для лишения свободы (ст. 14). Более того, ст. 18 Конвенции прямо требует того, чтобы инвалиды имели возможность выбирать наравне с другими людьми свое место жительства и то, где и с кем проживать, и не были обязаны проживать в каких-то определенных жилищных условиях. На государстве лежит обязанность обеспечить доступ инвалидов к “разного рода оказываемым на дому, по месту жительства и иным вспомогательным услугам на базе местного сообщества, включая персональную помощь, необходимую для поддержки жизни в местном сообществе и включения в него, а также для недопущения изоляции или сегрегации от местного сообщества”.

В связи с предстоящей ратификацией Конвенции о правах инвалидов, о чем не раз заявлял Президент, указанные положения должны стать ориентиром для законодателя в закреплении права каждого гражданина на получение такого вида социального обслуживания, который позволит избежать пожизненной изоляции в интернате. Данные положения Конвенции должны стать и стандартом в оценке судом критериев недобровольного помещения гражданина в интернат в тех исключительных случаях, когда, несмотря на наличие “вспомогательных услуг на базе местного сообщества, включая персональную помощь, гражданин нуждается в круглосуточном стационарном обслуживании в условиях специализированного учреждения.

В настоящее время Федеральный закон “О социальном обслуживании граждан пожилого возраста и инвалидов” гарантирует инвалидам широкий спектр социальных услуг, в том числе и на дому. Однако этого не достаточно для признания и реализации на практике права гражданина, лишённого дееспособности, на самостоятельное проживание. Необходимо, чтобы вся система социальных услуг обеспечивала гражданину возможность, прежде всего, проживать в обществе, а оказание таких услуг должно быть подчинено идеи автономии воли и самостоятельности каждого инвалида.

Справедливо также отмечается, что законодателем не установлена не только процедура, но и критерии недобровольного помещения гражданина в ПНИ. Но если применение аналогии закона и позволит решить некоторые процедурные вопросы, то очевидно, что использование критериев недобровольной госпитализации гражданина в психиатрический стационар недопустимо в ситуации помещения гражданина в ПНИ.

Исходя из буквального содержания новой редакции ст. 41 Закона о психиатрической помощи, можно сделать вывод, что в том случае, когда недееспособный гражданин способен, но отказывается подать личное заявление о помещении его в интернат, такое решение может быть принято судом только в соответствии с критериями, установленными в ст. 15 Федерального закона “О социальном обслуживании граждан пожилого возраста и инвалидов”, то есть если он “лишен ухода и поддержки со стороны родственни-

ков или иных законных представителей и при этом не способен самостоятельно удовлетворять свои жизненные потребности (утрата способности к самообслуживанию и (или) активному передвижению)”. Соответственно, никакие иные соображения не могут быть основанием для помещения гражданина в интернат против его воли.

В то же время нельзя отрицать и тот факт, что в ситуации, когда суд должен решить вопрос о законности помещения недееспособного гражданина в ПНИ, такое решение во многом будет предопределено отсутствием в современных условиях необходимых и соответствующих потребностям гражданина мер социальной поддержки в обществе. В настоящее время закон не обязывает суд проверить и установить невозможность оказания гражданину социально-психиатрической помощи вне закрытого учреждения, соответственно, отсутствует признание исключительного характера такой меры, как недобровольное помещение в ПНИ.

Проблема согласия пациента на лечение является одним из сложнейших медицинских, юридических и этических вопросов психиатрии. Такие юридические условия оказания медицинской помощи, как добровольность согласия пациента на основе полной, объективной и своевременной информации о предложенном лечении и последствиях отказа от него, существенно видоизменяются в сфере психиатрической помощи. Это связано, во-первых, с возможностью оказания помощи без согласия пациента, во-вторых, с невозможностью получения осознанного согласия на оказание психиатрической помощи в силу неприятия пациентом самого факта болезненного состояния, в-третьих, с влиянием медикаментозного лечения на способность оценивать информацию, предоставляемую врачом. Наконец, существенное искажение принципа добровольного информированного согласия на оказание психиатрической помощи происходит в связи с юридической возможностью полного игнорирования врачом мнения самого пациента и замещения его решения согласием иного лица (опекуна), когда речь идет о недееспособном пациенте.

Оставляя в стороне сложные этические вопросы, связанные с оказанием психиатрической помощи в недобровольном порядке, заметим, что вышеуказанные изменения, внесенные в Закон о психиатрической помощи относительно согласия на лечение, поставили ряд вопросов практического характера.

Из буквального содержания ч. 1 ст. 11 Закона (“Согласие на лечение”), редакция которой осталась прежней, следует, что лечение лица, страдающего психическим расстройством, проводится после получения его (то есть самого пациента, а не его опекуна) письменного согласия, за исключением случаев, предусмотренных частью четвертой указанной статьи (недееспособность к таким случаям не относится). До принятия поправок в Закон, ч. 3 ст. 11 Закона требо-

вала получения согласия законного представителя на лечение лица, признанного в установленном законом порядке недееспособным. На практике такая неопределенность в том, как соотносится согласие на лечение недееспособного пациента и согласие его опекуна, решалась, как уже было отмечено выше, в пользу необходимости получения согласия только опекуна.

С принятием поправок в Закон о психиатрической помощи пациенты психиатрической службы приобрели больший объем прав в сфере решения вопросов, связанных с оказанием медицинской помощи, чем пациенты соматического профиля. В соответствии со ст. 32 Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан согласие на медицинское вмешательство в отношении лиц, признанных недееспособными, дают их законные представители после сообщения им (но не самим пациентам) сведений о необходимости такого лечения. Напротив, в соответствии с новой редакцией ст. 4 Закона о психиатрической помощи врач обязан сообщать необходимую информацию самому пациенту, но не его опекуну. Очевидно, что такое различие в правовом статусе пациентов психиатрического и общесоматического профиля не имеет под собой ни разумного обоснования, ни юридического смысла. В частности, возникает абсурдная ситуация, когда в психиатрической больнице форму согласия на лечение подписывает сам пациент, а попадая в общесоматический стационар, за него это делает опекун. С другой стороны, в тех случаях, когда функции опекуна осуществляет само лечебное учреждение (ст. 35 Гражданского кодекса РФ), оно фактически и оказывает медицинскую помощь, и дает на нее согласие от имени пациента.

Не решенным представляется вопрос о конфиденциальности медицинской информации, в частности, вправе ли врач сообщать информацию о состоянии здоровья и требуемом лечении не только самому пациенту, но и его опекуну? Исходя из логики законодательного регулирования, предоставление такой информации опекуну возможно только в том случае, если сам пациент “не способен по своему состоянию дать согласие (отказаться) на лечение”, поскольку сообщение информации о состоянии здоровья имеет строго целевой характер — предоставление пациенту возможности осознанной оценки вариантов предложенного врачом лечения. Соответственно, поскольку опекун в настоящее время по общему правилу исключен из процесса принятия решения об оказании психиатрической помощи своему подопечному, предоставление такой информации возможно только с согласия самого пациента в соответствии с требованиями ст. 61 Основ законодательства РФ. И только в тех ситуациях, когда сам пациент не может выразить своего отношения к предложенному лечению, информация может быть доведена до сведения опекуна.

Установленная законодателем модель безусловного требования о необходимости получения добро-

вольного информированного согласия пациента на психиатрическое лечение полностью соответствует международным, в том числе этическим, стандартам в данной сфере. Очевидно, что медицинское вмешательство непосредственно затрагивает автономию личности гражданина, а зачастую его физическую неприкосновенность и свободу. В этой связи Конвенция ООН о правах инвалидов требует того, чтобы государства предоставляли инвалидам услуги в сфере здравоохранения “того же качества, что и другим лицам, в том числе на основе свободного и информированного согласия посредством, среди прочего, повышения осведомленности о правах человека, достоинстве, самостоятельности и нуждах инвалидов за счет обучения и принятия этических стандартов для государственного и частного здравоохранения” (ст. 25).

В тех случаях, когда сам гражданин обладает способностью выразить свое отношение к предложенному лечению, независимо от формального статуса недееспособного лица, недопустимо автоматическое замещение его согласия на лечение согласием опекуна. Данный принцип закреплен в Рекомендации № R(99)4 Комитета Министров Совета Европы государствам-членам относительно принципов правовой защиты совершеннолетних недееспособных лиц, принцип 3 которой (“Максимальное сохранение дееспособности”), устанавливает, что “меры защиты (в российской терминологии — опека) не должны автоматически лишать заинтересованное лицо права голосовать, завещать свое имущество, а также выражать согласие или отказываться от любого вмешательства в области здоровья, или принимать иные решения личного характера в любое время, когда заинтересованное лицо способно совершать такие действия”.

Введение в закон критерия “*неспособности лица по своему состоянию*” дать согласие на лечение может на практике привести к злоупотреблениям в толковании такой неспособности, что требует дополнительных гарантий защиты прав “непротестующих” пациентов. В этой связи требование об извещении законным представителем органа опеки и попечительства о принятом решении об оказании психиатрической помощи без согласия самого пациента вряд ли будет достаточной мерой защиты его интересов. Представляется, что такая мера будет работать только при условии четких этических и профессиональных стандартов среди самого психиатрического сообщества⁵. Это также требует и создания предусмотренной ст. 38 Закона службы защиты прав пациентов психиатрических стационаров.

Необходимость наличия в законодательстве специальных правовых гарантий в случае госпитализации гражданина, не способного выразить своего отношения к госпитализации (то есть так называемых

“непротестующих пациентов”), вытекает из обязательств Российской Федерации согласно ст. 5 Конвенции о защите прав человека и основных свобод. В постановлении по делу *H. L. против Соединенного Королевства* от 5 октября 2004 г. Европейский Суд по правам человека констатировал нарушение части 1 ст. 5 Конвенции, поскольку в законодательстве не существовало процедурных правил, посредством которых регулировалось содержание в больнице непротестующего пациента, который не обладал дееспособностью, что резко отличалось от системы гарантий, которыми обладали люди, считающиеся содержащимися под стражей. Суд также обратил внимание на то, что не существовало никаких формализованных процедур оформления госпитализации, которые указывали бы, кто может предложить госпитализацию, по каким причинам и на основании каких медицинских или иных заключений и выводов. Не требовалось зафиксировать конкретную цель госпитализации и никаких ограничений в отношении срока или лечения, относящегося к такой госпитализации. Не существовало положений, требующих постоянной клинической оценки сохранения расстройства, требующего принудительной госпитализации. Заявитель не мог воспользоваться помощью представителя, который назначается недобровольно госпитализированным лицам и который мог бы возразить против госпитализации или направить различные заявления. Отсутствие таких процедурных гарантий не позволило защитить интересы заявителя от произвольного ограничения его свободы на основании медицинской необходимости.

В заключение отметим, что уважение автономии воли и вытекающая из этого обязанность выяснения и максимального уважения мнения самого гражданина, независимо от его формальной дееспособности, является важнейшим условием уважительного и гуманного отношения к пациенту, исключая унижение его человеческого достоинства, как того требует ст. 5 Закона о психиатрической помощи. Законодательные нововведения позволили приблизиться к обеспечению соблюдения данного принципа путем признания ценности самостоятельного выбора каждого пациента, в том числе лишённого дееспособности. Такой же подход в решении личных вопросов должен быть воспринят законодателем и в отношении иных ситуаций, где в настоящее время недееспособный гражданин автоматически утрачивает право самостоятельного выбора исключительно в силу своего формального статуса. Но гораздо важнее, чтобы практика применения закона теми лицами, которые участвуют в оказании социальной и психиатрической помощи, обеспечивала учет желаний и предпочтений самого гражданина, независимо от его юридической дееспособности.

⁵ Например, путем составления мотивированного заключения врача, оказывающего психиатрическую помощь, относительно неспособности пациента дать согласие на медицинское вмешательство с последующей проверкой таких случаев этическим комитетом больницы или диспансера.

ИЗ ДОСЬЕ ЭКСПЕРТА

“Возьмите меня в дочки!” как основание социальной опасности и недееспособности

Из заявления Министерства социальной защиты населения в суд: “Признание N недееспособной необходимо для направления ее в интернат соответствующего типа”. Вот так. Министерство социальной защиты обеспокоено не тем, как наилучшим образом обеспечить и защитить права и интересы N, а тем, как поместить ее в психоневрологический интернат. Видимо, Министерство считает, что там права граждан соблюдаются лучше всего.

Заключение комиссии экспертов Общероссийской общественной организации “Независимая психиатрическая ассоциация России”

Первичная амбулаторная судебно-психиатрическая экспертиза в отношении N, 1977 г. рожд., в рамках гражданского дела по заявлению Министерства социальной защиты населения о признании N недееспособной, проведена на основании Определения городского суда N-кой области.

На разрешение экспертов поставлены следующие вопросы:

1. Страдает ли N, 1977 года рождения, психическим заболеванием, если да, то каким?
2. Если да, то какова глубина психического заболевания?
3. Может ли N в силу своего психического заболевания осознавать характер совершаемых ею действий, руководить ими, понимать события окружающей действительности?
4. Если нет, то какого рода действия N не может понимать и контролировать?
5. Может ли N принимать участие в судебном заседании?

Об уголовной ответственности по ст. 307 – 308 УК РФ эксперты предупреждены.

При проведении экспертизы использованы методы клиничко-психопатологического исследования (анамнез, наблюдение, клиническая беседа, описание психического состояния, анализ имеющихся симптомов психических расстройств), методы экспериментально-психологического исследования.

Экспертами исследована N, также изучены:

- материалы гражданского дела;
- материалы уголовного дела с находящимися в нем заключениями комиссии экспертов;
- медицинские документы N;
- дополнительно судом представлена медицинская карта стационарного больного N, которая находилась

на стационарном лечении в ПБ с 05.05.2010- по 07.06.2010 г.

Из материалов гражданского и уголовного дела, медицинской документации и со слов подэкспертной известно следующее. N в 1977 г. в N-кой области. Мать злоупотребляла алкоголем, родила 4-х детей, трое из них от внебрачной связи. N родилась второй по счету, мать отказалась от нее в роддоме, считает, что из-за того, что у нее были деформированы ножки. Впоследствии мать лишила родительских прав в отношении двух младших детей, опеку над которыми осуществляла старшая сестра. N с рождения воспитывалась в государственных детских учреждениях. До 7 лет находилась в детском доме, в 1984 г. переведена во вспомогательную школу-интернат. Из заключений комиссии экспертов от 10.02.2009 г. и от 21.05.2009 г., которые проводились в рамках уголовного дела, известно, что N в школу пошла в 7 лет, по физическому развитию от возрастной группы не отставала, моторно была ловкая, но выявляла ограниченный запас общих представлений, речь фразовая, в поведении была двигательно беспокойна, вспыльчива, раздражительна, капризна, не терпела запретов, обманывала, в общении со взрослыми отсутствовало чувство дистанции. С детьми была жестокой, избивала их, отнимала еду, карандаши, ручки. Была очень упряма, не любила трудиться, старалась переложить свои обязанности на других. Программу вспомогательной школы усваивала с трудом, работоспособность низкая, не доводила дела до конца, на уроках мешала другим детям. С ней проводилась коррекционная работа, в которой развивалась способность самоконтроля, регуляция поведения, но сдвигов не наступало. Никакие меры воздействия на нее не действовали, по-

стоянно срывала уроки, на замечания не реагировала. В буйном состоянии была неуправляема.

Впервые госпитализирована в ПБ в феврале 1985 г. в 8-летнем возрасте, был установлен диагноз: “Осложненная олигофрения в степени дебильности”. Находилась на стационарном лечении с февраля до 01.07.1985 г., получала нейролептики. Выписана под наблюдение психоневролога и с этого времени наблюдалась в ПНД. Несмотря на проведенное лечение, оставалась трудной в поведении, плохо успевала в школе. Повторно лечилась в ПБ с 18.12.1985 года по 09.10.1986 г., стационарирована в связи с грубым конфликтным поведением. В психическом статусе на тот период времени указано, что речь с ограниченным запасом слов, говорила распространенными предложениями, свое неправильное поведение отрицала. Критики к нему не было. Обнаруживала сниженный интеллект. В период нахождения на лечении была лжива, отказывалась от труда, была навязчива к персоналу, часто создавала конфликтные ситуации, любила обращать на себя внимание, с детьми постоянно конфликтовала, настроение было изменчивым, давала бурные аффективные вспышки, часто была агрессивна к детям. Влезала на окна, кричала: “Меня бьют, убивают, я не хочу жить, все равно я умру или все равно удавлюсь”. В столовой, если ей что-то не нравилось, бросала едой в детей, срывала уроки, экскурсии неадекватным поведением, часто угрожала выколоть кому-нибудь глаза... Выписана с диагнозом: “Олигофрения в степени дебильности, осложненная психопатоподобным синдромом”. На лечении находилась 10 месяцев. При возвращении в интернат поведение оставалось прежним, проявляла агрессию к детям, персоналу, не подчинялась дисциплинарным требованиям.

В 1988 г. отмечалось снижение настроения, заявляла, что не хочет жить, угрожала повешением и вновь была стационарирована. Находилась в ПБ с 16.11.1988 г. по 30.06.1989 г. В этот период отмечались: расстройство настроения, стереотипные движения кистями и пальцами рук, раскачивалась в беседе с психиатром из стороны в сторону, во время ходьбы вычурно изворачивалась, прогибала спину, гримасничала. Поведение носило демонстративный характер. Постоянно повторяла: “Не знаю, что со мной”. Выявляла сниженный интеллект до уровня дебильности. Общий фон настроения был снижен, часто плакала, причину плохого настроения объяснить не могла. В стационаре отмечались психотические расстройства, когда говорила о каких-то чудовищах, которые протягивали к ней черные лапы, слышала их “голос” со стороны, испытывала страхи. В процессе терапии прекратились страхи, исчез “голос”, поднялось настроение, однако оставались стереотипные движения, неустойчивость настроения, навязчивость. Во время лечения в больнице — 15.03.1989 г. N была направлена на медико-педагогическую комиссию, где призна-

на необучаемой, по психическому состоянию было рекомендовано помещение в учреждение системы собеса с постоянным наблюдением психиатра. С диагнозом: “Шизофрения, детский тип с полиморфной симптоматикой” 30.06.1989 г. N была выписана из ПБ с переводом в ОПБ. С 30.06.101989 г. по 17.07.1990 г. находилась на лечении в ОПБ. В процессе лечения оставалась дурашливой, злобной, драчливой, на замечания реагировала грубой бранью, ссорилась с другими детьми, время проводила бесцельно, ничем не интересовалась. Установлен диагноз: “Шизофрения детский тип, олигофреноподобный дефект. В 1990 году была переведена в интернат системы собеса, где находилась до 1998 г.. В связи с расстройством поведения N продолжала принимать нейролептики. 29.01.1991 г. на фоне лечения нейролептиками без корректоров у нее отмечался эпи-припадок, получала люминал, глюферал. 09.12.1992 г. развился эпи-статус, который был купирован. Согласно педагогической характеристике за 5-й класс, N проявила себя психически неуравновешенной ученицей, несколько раз находилась на лечении в психиатрической больнице, но состояние не улучшилось. Из личностных качеств отмечено: лень, не было желания трудиться, обязанности не выполняла, не дежурила, работу старалась возложить на других, за своим внешним видом не следила, ходила рваная, зашивать не умела и не хотела, вещи всегда разбросаны, кровать не убрана. Спала беспокойно, во сне кричала. Некоторое время находилась на индивидуальном обучении. Сама N говорит, что окончила только три класса вспомогательной школы, учиться не хотела, часто “ложилась на парту”, потому что на фоне приема лекарств постоянно хотелось спать, трудно было усваивать учебный материал. Постоянные драки и конфликты с другими детьми отрицает, говорит, что бывало, что дралась, но не часто. В то же время отмечает, что с детьми в интернате обращались грубо, за любую провинность наказывали, отправляли в психиатрическую больницу. Говорит, что так долго держали в больницах, что порой даже не понимала, что она находится в больнице. Говорит, что в интернате детей уже не учили, в основном они работали в подсобных хозяйствах. 14.01.1998 г. N была переведена в дом-интернат для престарелых и инвалидов, где установлен диагноз: “Олигофрения в степени имбецильности”. N имела 2 группу инвалидности, с 2002 г. у нее 3 группа инвалидности.

В интернате у N сложились хорошие отношения с медсестрой Р-вой, которая по-доброму относилась к девочке, брала ее к себе домой, познакомила со своей матерью; и с Ц-вой, которая работала учительницей в интернате и занималась с N индивидуально. Когда N исполнилось 19 лет, Р-ва помогла ей найти родственников. Старшая сестра забрала N домой. В период с января по ноябрь 1997 г. она жила у родственников. Со старшей сестрой и братом у нее установились нормальные отношения, которые поддерживаются до сих

пор. Но с матерью, которая злоупотребляла алкоголем, у N были конфликты, она упрекала мать, за то, что та “бросила ее”, скрывала факт ее существования от родственников и обрекла на тяжелое детство. После очередного конфликта мать выгнала N. Она вернулась в интернат. P-ва и Ц-ва продолжали помогать N, временами она жила у них дома. Ей помогли устроиться на курсы поваров, которые N окончила, устроиться на работу, получить комнату в общежитии (временное вселение). В 1999 г. N работала в детском санатории: днем на кухне поваром, а ночью санитаркой. Говорит, что с работой справлялась, но уставала, и с детьми у нее были нормальные отношения. Сообщает, что она любит и жалеет детей, но работа была тяжелой, потому и уволилась. Согласно сведениям из Закл. СПЭ от 21.05. 2009 г., в период работы в детском комбинате работать не хотела, заставляла других выполнять ее обязанности, отказалась от работы санитарки, грубила, обзывала всех. В период с 2001 г. отмечено стремление к лидерству, часто отпрашивалась к родным, хотела жить самостоятельно, заявляла, что хочет иметь семью, при этом оставалась конфликтной, грубой. С 1990 г. по 2002 г. в психиатрических больницах не лечилась.

Ц-ва занималась с N индивидуально, но N хотела и требовала более длительных занятий. Учительница, объясняла, что у нее нет возможности заниматься дольше, что она на пенсии и не очень здорова, и у нее семья. “Но я не хотела это понимать, я требовала больше, начала грозиться, что порежу вены, пришла к ее дому с ножом и говорила, что порежу себе вены, но делать этого не собиралась, думала она испугается и сделает как я хочу, а попала в психушку”. По сведениям из заключения СПЭ от 21.05. 2009 г., в 2002 г. впервые отмечено неадекватное поведение N по отношению к Ц-вой. N стала навязчивой в отношении Ц-вой, требовала проводить с ней занятия еще и еще, требовала к себе повышенного внимания. При неслогласии с чем-то начинала кричать, причитать, жалеть себя. Писала предсмертные записки и подбрасывала под дверь дома Ц-вой, при этом продолжала ходить на работу, ночевала в своей комнате. Старалась на работе вести себя правильно, чтобы никто не догадался о ее болезни. Перед госпитализацией N стала особенно настойчивой, приходила к дому Ц-вой, стучала в окна, двери, просила, чтобы ее выслушали, на уговоры не реагировала. Затем явилась с ножом, угрожала, что перережет себе вены, но сын учительницы вызвал скорую медицинскую помощь, и N госпитализировали в ОПБ. В больнице она находилась с 12.09.2002 г. по 02.10.2002 г. с диагнозом: “Параноидная шизофрения, депрессивно-параноидный синдром”. В психическом статусе отмечено, что сознание не помрачено, правильно ориентирована, переживала о госпитализации, заявляла, что только хотела напугать воспитательницу, не думала, что так все будет. Была эмоционально лабильна, плакала, причитала, просила

выписать ее домой. Суицидальные мысли отрицала. При психологическом исследовании выявляла резкое снижение мнестических функций, признаки интеллектуального снижения, эпизодические соскальзывания, склонность к конкретно-ситуационным решениям, установлением паралогических связей, замедленный темп психической деятельности у эмоционально невыразительной, однообразной, некритичной к своему состоянию личности, с измененной позицией к окружающему, искаженными личностными установками, неадекватной самооценкой, значительно сниженной критичностью к своим суждениям. В стационаре был проведен курс инсулинотерапии. Выписана под наблюдение психиатра с рекомендацией приема нейролептиков. По данным медицинской карты стац. больного в этапном эпикризе указано, что “госпитализация в ОПБ с 12.09.02 по 02.10.02 — выписана с диагнозом: Умственная отсталость легкой степени без психотических расстройств (F70.09). Тогда госпитализация была связана с тем, что больная неадекватно вела себя по отношению к педагогу...”.

В марте 2002 года N обратилась в Управление социальной защиты населения по вопросу получения ею жилья, как ребенок, оставшийся без попечения родителей. С 2002 г. её делом занималась Н-ва — зав. отделом управления. Она давала N, консультации по сути ее обращения. После этого N была поставлена на учет на получение собственного жилья, и ей была выделена однокомнатная квартира социального использования. 01.06.2003 г. N выбыла из дома-интерната и стала проживать самостоятельно в выделенной ей однокомнатной квартире. Соц. работник помогла ей устроиться на учебу в вечернюю школу. Так как квартира была в плохом состоянии, N отремонтировала ее, купила необходимую мебель. В течение 4 лет N училась в вечерней школе, работала на ОАО “Русское море”. Она самостоятельно вела домашнее хозяйство, полностью себя обслуживала. Н-ва периодически навещала N дома, интересовалась, как она устроилась, как идут дела с учебой, работой. Отношения сначала складывались нормально.

В 2007 г. в автомобильной аварии погибла P-ва и ее мать. N поддерживала с ними хорошие отношения и после выписки из интерната, они приезжали к ней в гости, а когда мать P-вой перенесла операцию на тазобедренном суставе и лежала в больнице, то N в свободное от работы время дежурила у нее. N переживала гибель своих друзей, у нее понизилось настроение, ничего не хотелось делать. В этот период она решила прекратить занятия в вечерней школе и сказала об этом завучу. Когда N вновь пришла в школу, завуч сообщила ей, что звонила Н-вой, и та якобы сказала, что если N не будет учиться, а будет лежать и смотреть в потолок, то она отправит ее обратно в интернат, что N имеет инвалидность. N считала, что в школе не знали о ее “интернатском прошлом, инвалидности”, сама она никогда не говорила об этом, стыдилась. После

разговора с завучем она оставила учебу: “Было стыдно ходить в школу, ведь теперь все думали, что я больная, инвалид”. Не отрицает, что стала встречать Н-ву у дома, шла с ней до работы, приходила к ней на работу, пыталась выяснять отношения, “хотела узнать, почему она так поступила” — всем рассказала о ней, хотел, чтобы та извинилась. Но Н-ва в ответ только грозилась, говорила: “Я тебя отправлю в интернат”.

Из объяснения Н-вой дознавателю ОД УВД от 6 марта 2008 г. следует, что “Первое время Н вела себя адекватно, то есть обучалась в вечерней школе, и в настоящее время она где-то работает. Примерно с октября 2007 года Н стала вести себя агрессивно по отношению ко мне, то есть ранее она просто звонила мне на работу, приходила ко мне и говорила, что я добрая, что она хотела бы, чтобы у нее была такая мать, затем выследила где я живу, стала встречать меня возле квартиры, вешала на дверь какие-то записки, постоянно звонила, а с октября 2007 г. стала меня оскорблять, говорить, что я пытаюсь отнять у нее квартиру...”. Из заявления Н-вой главному врачу ГСБ от 13.12.2007 г. следует, что ее профессиональная деятельность, была воспринята Н, как личное отношение к ней. “Почувствовав поведение со стороны Н по отношению к себе, как к ближайшему родственнику, которое стало проявляться в декабре 2003 года, я неоднократно объясняла ей, что никаких близких отношений дочки-матери нет и не будет, и я как все социальные работники выполняю свою работу”. Беседы результатов не дали. Начиная с 2004 г. Н стала преследовать Н-ву, она узнала домашний адрес и телефон последней. Звонила по телефону на работу и домой в любое время суток; встречала у дома и шла за ней до работы и всю дорогу в голос, иногда со слезами, спрашивала, почему Н-ва ее не любит, пыталась выяснять с ней отношения. С этой же целью приходила к ней на работу. Давала телефон Н-вой знакомым и соседям, чтобы они говорили ее приехать к ней под любым предлогом (ей плохо, у нее температура). Суть всех разговоров сводилась к тому, что Н-ва считает Н “необразованной, интернаткой”, рассказывает всем об этом, не хочет ее видеть, разговаривать, приезжать к ней, быть ее мамой. Говорила, что она любит Н-ву — “Я так тебя люблю, сдай меня в психушку, я все равно буду тебя любить, я умру, вот тогда ты узнаешь, я все тебе завещаю”... Из заявления Н-вой следует, что такие обострения случались у Н 2 – 3 раза в год. В связи с неправильным поведением Н Н-ва 13.12.2007 г. обратилась к глав. врачу больницы с просьбой оградить ее от преследований Н. Тогда же — 13.12.2007 г. Н-ва впервые подавала заявление в УВД с просьбой привлечь Н к уголовной ответственности в связи с тем, что она мешает ее личной и профессиональной деятельности, но в возбуждении уголовного дела было отказано. 11.01.2008 г. к главному врачу ГСБ обратился начальник Управления социальной защиты населения, сообщив, что ситуация еще

более усугубилась. Сотрудники Управления вынуждены сопровождать Н-ву от квартиры до места работы и обратно. Действия Н несут угрозу здоровью не только Н-вой, но и сопровождающим ее лицам.

20.12.2007 г. участковым психиатром выдана путевка на недобровольную госпитализацию с диагнозом: Расстройство личности истерического круга? 15 января 2008 г. Н была стационарирована в ГПБ, на лечении находилась до 11.02.2008 г. с диагнозом: “Олигофрения в ст. легкой дебильности, психопатоподобное поведение, декомпенсация”. При поступлении дежурным врачом отмечено, что “в отделении ведет себя достаточно спокойно, обвиняет сотрудников соц. защиты за то, что они отправили ее в ПБ. Отрицает то, что преследовала сотр. соц. защиты, заявляет, что “просто хотела поговорить”, а ее неправильно поняли”. Психическое состояние при поступлении: Охотно вступает в беседу, но о себе рассказывает коротко, т.к. считает, что окружающие ее не поймут. При упоминании о родных на глазах появляются слезы, заявляет, что мать отказалась от нее. Внешне опрятна, ухожена. Интеллект снижен. Критика к своему поведению (в отношении сотрудника соц. защиты) отсутствует. Психогических расстройств на момент осмотра не выявлено. В отделении напористая, назойлива с обращениями о выписке. Требуется к себе повышенного внимания. Считает, что сотрудник соц. защиты обязан ей все делать, всем обеспечивать и все пробивать. Предлагает позвонить в соц. защиту Н-вой, предупреждает врача, что не будет есть, пока не поговорит с работником соц. защиты.. На просьбы оставить в покое Н-ву не реагирует, разубеждениям не поддается. 23.01.2008 осмотрена КЭК, отмечен: выраженный психический инфантилизм, примитивность суждений и умозаключений. Мышление конкретное, непоследовательность, отвлекаемость, некритичность к своим действиям и поступкам. 11.02.2008 г. выписана с улучшением, трудоспособность восстановлена, выдан листок нетрудоспособности, рекомендована поддерживающая терапия сонопаксом. До поступления в больницу Н 4 года работа в ОАО “Русское море” упаковщицей. После выписки из ПБ на работу не вернулась. Уволилась по собственному желанию, потому что не хотела предъявлять больничный лист из ПБ, хотя “работа нравилась, и неплохо зарабатывала”. Н никогда не говорила на работе о своем прошлом, об инвалидности и не хотела, чтобы об этом узнали. Она продолжала встречать Н-ву, требовала от нее объяснений и извинений, обвиняла, что из-за ее действий она лишилась учебы и работы.

Н хотела устроиться работать в метро. Для трудоустройства нужно было взять справку от психиатра. В начале марта 2008 г. она пришла на прием и узнала, что “в метро работать не может, т.к. состоит на учете”. Была недовольна, кричала, плакала. Обвиняла Н-ву, что она поставила ее на учет. Собиралась с ней разобраться. 6 марта 2008 г. поступило заявление на

имя глав. врача о неправильном поведении больной, угрозах Н-вой. В поведении была демонстративна, угрожала покончить жизнь самоубийством. В статусе отмечено, что легко аффектируется, критики к состоянию нет. В путевке уч. психиатра от 11.03.2008 г. указано, что N стационарируется в соответствии со ст. 29 п. “а” Закона РФ о психиатрической помощи. 28 марта 2008 г. она была доставлена в больницу бригадой СПП по путевке участкового психиатра. В ГПБ она находилась на лечении с 28.03.2008 по 17.04.2008 г. с диагнозом “Умственная отсталость легкой степени с грубым психопатоподобным поведением”. В истории болезни имеются заявления Н-вой и К-вой (сотрудница, которая провожала Н-ву из дома до работы и обратно) на имя главного врача больницы с просьбой о принудительной госпитализации N. Сообщалось, что 6 марта 2008 г. N встречала Н-ву в подъезде ее дома, в руках она держала нож и пузырек с белыми таблетками. Она угрожала самоубийством. “Затем открыла флакон (почти пустой) и взяла в рот оставшиеся таблетки... нанесла себе легкие порезы на запястья”. Когда на лифте спустилась Н-ва, они втроем вышли из подъезда. “Увидев прохожих на улице, N аккуратно вставила нож в мусорный бак у подъезда. С воплями, угрозами, обвинениями в адрес Н-вой” они дошли до работы. N пообещала встретить их завтра и убежала. При поступлении в больницу 28.03.2008 г. в психическом статусе N отмечено, что она демонстративна, лжива, плаксива, отрицает сведения, указанные в путевке. Порез объясняет случайной травмой во время ремонта. Интеллект низкий, мышление конкретное. Отказывается подписать лист согласия на лечение. К состоянию не критична. В беседе с лечащим врачом фон настроения неустойчивый, легко аффектируется, в беседе старается преподнести себя с лучшей стороны, считает, что она пострадавшая, обиженная. Сведения из заявления отрицает. Наличие обманов восприятия отрицает. В отделении отказывалась есть больничную пищу, выпрашивает передачи у больных. В поведении капризна, демонстративна. Требует к себе внимания. Держится без чувства дистанции с мед. персоналом. Считает, что все к ней плохо относятся. Продуктивной психотической симптоматики не выявляет. На фоне проводимой терапии (аминазин, трифтазин, сонопакс, циклодол) состояние улучшилось, стала спокойной, настроение выровнялось, поведение упорядоченное. 17.04.2008 г. N сделана инъекция Клопиксола-депо 1,0 в/м, и она выписана с рекомендацией делать инъекции пролонга раз в месяц. После выписки диспансер не посещала.

По заявлению Н-вой в отношении N было возбуждено уголовное дело, она обвинялась по ст. 119 ч. 1 УК РФ.

В рамках уголовного дела были проведены две судебно-психиатрические экспертизы. Во время АСПЭ (10.02.2010 г.) экспертные вопросы решены не были, и N была направлена на стационарную судебно-пси-

хиатрическую экспертизу в ОПБ (заключение от 21.05.2009 г.). При поступлении в ОПБ “ориентирована верно. Беседует охотно. Сразу же поставила условие: “Мне надо побыстрее, я хочу взять билеты для отдыха”. Потребовала “отдельную палату”, “вкусной еды”, “позвонить подругам, пусть принесут еды”. По поводу инкриминируемого ей деяния рассказала, что раньше с пострадавшей была в хороших отношениях: “Мы с ней дружили, я ее где-то даже любила, но потом она стала распространять обо мне порочащие слухи, я из-за этого не смогла продолжать обучение в школе”. Настойчивость преследования объяснила так: “Я хотела, чтобы она призналась в распространении слухов, потому ходила за ней много раз”. Считает, что пострадавшая “выдала мое прошлое”, “я после этого даже не могла в глаза людям смотреть”, “а если бы она призналась, что она это говорила, я бы от нее отстала”. В беседе хвастлива: “Я же симпатичная, у меня все в порядке, и я не дура”. Неоднократные госпитализации в различные психиатрические стационары объясняет “плохим отношением к ней педагогов”. Сообщила, что имеет друга, от которого хочет родить ребенка, “но не получается, он меня обеспечивает, мы отдыхаем за границей”. Выявляет рентные установки: “Пусть муж работает, а я отдыхать должна”. Сразу же поставила условия: “Я здесь ничего делать не буду, хочу отдохнуть”, при этом подтвердила, что не работает. В беседе выявляет некоторую торпидность, обстоятельность мышления, фиксацию на определенных моментах, отрицание негативно характеризующих ее моментов, снижение прогностических функций. Интеллект соответствует полученному образованию и жизненному опыту. Психотических расстройств не обнаруживает. Память незначительно снижена. Затрудняется в определении точности некоторых дат. ... В отделении первые дни была вялой, пассивной, адинамичной, много читала, в беседе выявляла идеи превосходства, снисходительно смотрела на всех. Мышление было резонерское, витиеватое. Также обнаруживала аморфность, малопродуктивность мышления. Отрицала наличие у себя психического расстройства. Старалась скрыть факты госпитализаций в психиатрические больницы, скрывала сведения анамнеза о матери, уклонялась от ответов, либо давала паралогичные ответы. Обособляла себя от больных, держалась надменно, с превосходством. В отделении напориста, требовательна, держалась высокомерно, от труда уклонялась, пыталась опекать больных, выявляя своеобразие выбора. ... Была вязкой, обстоятельной, торпидной, конкретной, стеничной в отстаивании своих интересов. Запросы всегда завышены: “Я хочу хорошо жить”. При этом была олигофазичной, речь бедная, читала с трудом, по слогам, писала медленно, с грубыми ошибками. На просьбы написать что-нибудь просилась выйти, находила больную и заставляла написать за нее. Обнаруживала лживость, склонность к самостоятельному, порой неадекватно-

му решению проблем. Была бесцеремонной, без разрешения заходила в кабинет заведующей с личными категоричными просьбами: “перевести в другую палату”, “назвать день экспертизы”, “позвонить знакомым”, чтобы ей “привезли продукты, вещи”. На замечания практически не реагировала. Эгоцентрически сосредоточена на собственных проблемах, упряма, ригидна, постоянно стремится повысить значимость в глазах окружающих, при этом выявляла примитивность суждений, инфантильность, которые были нацелены на удовлетворение своих потребностей. Мышление непоследовательное, порой паралогичное. Была негативистична, отказывалась от ответов на некоторые вопросы, особенно отрицательно ее характеризующие, давала корректируемые аффективные вспышки, отказывалась от посещения врачей, например, гинеколога”. Было проведено экспериментально-психологическое исследование, результаты которого выявляют: “при низком словарном запасе, слабой сформированности автоматизированных навыков умственной деятельности, низком запасе школьных и бытовых знаний и представлений наряду с конкретным уровнем решения задач можно отметить низкое качество ряда ответов, выделение слабых, латентных признаков предметов и объектов в ряде случаев, трудности установления логических связей на вербально-понятийном уровне со слабой ориентацией на контекст рассказа, элементы разноплановости. Трудности оперирования условными смыслами и абстрактными понятиями с нечеткостью, расплывчатостью суждений. Трудности распределения и концентрации внимания, трудности сосредоточения. Личностные особенности испытуемой, характеризуются активностью, спонтанностью поведения, интравертированностью, эгоцентрической сосредоточенностью на собственных проблемах, обидчивостью, индивидуалистичностью, упрямством, категоричностью, субъективизмом в оценке окружающей действительности, ранимостью в свой адрес, желанием повысить свою значимость в глазах окружающих, убежденностью в реалистичности своих надежд, высоким уровнем притязаний, стеничностью в отстаивании собственного мнения, непереносимостью ...”. В результате стационарной СПЭ комиссия сделала заключение, что “N страдает хроническим психическим расстройством в форме параноидной шизофрении. Об этом свидетельствуют данные анамнеза, медицинской документации, материалы уголовного дела о наследственной отягощенности испытуемой, о наблюдавшихся у нее с детства преморбидных особенностях в виде шизоидных черт характера, склонности к невротоподобным расстройствам (неопределенные страхи). В пубертатном периоде присоединились аутохтонные колебания настроения с суицидальным поведением, развитие стереотипий, вычурности мимики и походки, присоединились обманы восприятия, слышала “голоса”, испытывала страхи, видела чудовищ, которые “тянули к ней щупальца”. В

последующем сформировались сверхценные патологические идеи преследования, особого значения, вредительства, которые углублялись и расширялись до уровня патологических идей, бреда отношения, преследования, отмеченные в медицинской документации, послужившие поводом для многочисленных стационарирований. Постепенно нарастали негативные расстройства с эмоциональным оскудением и выраженным изменением личности. Данные настоящего психиатрического освидетельствования выявили у испытуемой характерные для шизофрении признаки расстройства мышления (резонерство, соскальзывание, паралогия, непоследовательность), бредовые идеи (величия, особого значения), эмоционально-волевые расстройства (амбивалентность, неадекватность, монотонность, стеничность), а также отсутствие критического осмысления своего состояния и сложившейся судебной ситуации. Как страдающая хроническим психическим расстройством не могла осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими. В настоящее время она также не может осознавать фактический характер своих действий и руководить ими, защищать свои права и законные интересы в уголовном судопроизводстве. С учетом психического состояния испытуемой (повторные агрессивные действия в адрес конкретных лиц, отсутствие критики к своему состоянию и поведению) представляет особую общественную опасность, нуждается в применении принудительных мер медицинского характера — направление на принудительное лечение в психиатрический стационар специализированного типа с интенсивным наблюдением”.

После проведения экспертизы N была переведена из ОПБ на лечение в ГПБ, где находилась с 09.06.2009 по 14.09.2009 г. с диагнозом: Шизофрения параноидная форма, непрерывное течение. Параноийальный бред. “В отделении крайне навязчива, неуправляема, самовольна. Категорически отказывается от принятия большой порции пищи, выпрашивает, ворует чужие порции, нагло ест их, “а вы думаете, я буду есть ту бурду”. На замечания не реагирует. При попытке наладить с ней ровные отношения сразу же привязывается, ходит по пятам, просит “взять ее в дочки”, сласцаво говорит комплименты..., но как только услышит то, что ее не устраивает, сразу аффектируется, озлобляется, начинает оскорблять. Категорически отказывается от лечения, грозит расправой мед. персоналу. “Я пойду к Н-вой, отдам ей квартиру, зимой буду ходить раздетой и умру от пневмонии”. Разубеждениям не поддается. Постоянно звонила своему адвокату, требовала “скорее разобраться”, “забери меня отсюда, я больше тут не могу”. Крайне негативно относится к заведующей стационаром, обвиняет ее в сговоре с Н-вой, оскорбляет, угрожает расправой”. 4 августа 2009 г. мировой судья выносит Постановление о прекращении уголовного дела и об отказе в применении принуди-

тельных мер медицинского характера. 10 августа 2009 г. Н-ва подала апелляционную жалобу на это постановление. 15 августа, находясь в больнице, Н узнала об этом, после этого состояние ее изменилось. Была возбуждена, грозила суицидом. “Убью себя, и тогда эта Н-ва успокоится”. Грозила разбить все окна в стационаре после выписки, угрожала персоналу. Злилась на безразличное к ней отношение, старалась обратить на себя внимание, вызывала на контакт, провоцировала конфликты.. Не давала проводить обходы и осмотр больных, встречала в разговоры... 25 августа Н совершила побег из отделения. 26.08.2009 г. было дано сообщение о побеге начальнику ОВД. 2 сентября 2009 г. Н доставлена в больницу милицией. При поступлении возбуждена, высказывает угрозы в адрес соседей, которые сдали ее, в адрес сотрудника соц. защиты Н-вой. Заявляет, что она со всеми разберется. Держится грубо, цинично. Сопротивляется осмотру. В отделении была раздражительна, злобна, отрицательно настроена к врачам и Н-вой. Наличие “голов” отрицала. 08.09.была возбуждена, агрессивна, применялась фиксация. На фоне лечения состояние быстро улучшилось. 11.09.2009 г. в дневниковой записи отмечено, что “поведение правильное, упорядочена. Выполняет указания мед. персонала. Строит реальные планы на будущее. Бредовых идей к работнику соц. защиты нет, появилась частичная критика”. В ГПБ находилась до 14.09.2009 г. с диагнозом: Шизофрения параноидная форма, непрерывно-прогредиентное течение, паранойальный бред. 14.09.2009 г. выписана в удовлетворительном состоянии. После выписки лечения не получала, жила самостоятельно, полностью себя обслуживала. Встреч с Н-вой не искала и не видела ее. Полгода работала на “маяжной” фабрике, но уволилась, так как стали болеть ноги, подрабатывала няней — ухаживала за больным ребенком. Из перенесенных заболеваний отмечает, что в 1990 г. оперирована по поводу деформации первых пальцев стоп, аппендэктомия в детстве. Месячные с 14 лет, регулярно, гинекологически здорова, беременностей не было. Злоупотребление алкоголем отрицает, не курит.

7 сентября 2009 г. апелляционная жалоба Н-вой оставлена без удовлетворения. 22.09.2009 г. управление социальной защиты населения подает заявление в городской суд Н -кой области о признании Н недееспособной. В заявлении указано, что Н “состоит на учете в отделении по оказанию психиатрической помощи населению с диагнозом: Олигофрения, психопатоподобное поведение, декомпенсация с 1985 г. ... Поведение Н вследствие заболевания носит агрессивный характер, она страдает бредовыми идеями, склонна к преследованию”. По факту агрессивных действий Н 06.03.2008 г. возбуждалось уголовное дело, в ходе расследования было проведено две судебно-психиатрических экспертизы. Выводы комиссий экспертов говорили о том, что Н не понимает значения своих действий и не в состоянии ими руководить и да-

вать показания о своих действиях. “Заболевание лишает Н возможности вести самостоятельную жизнь, она представляет социальную опасность и опасность для себя лично, нуждается в установлении над нею опеки... Н является сиротой, родственников не имеет. Признание Н недееспособной необходимо для направления ее в интернат соответствующего типа”.

1 октября 2009 г. судья выносит определение о назначении по делу судебно-психиатрической экспертизы в порядке подготовки к судебному разбирательству. Экспертизу поручает произвести экспертам Центральной психиатрической больницы Федерального Управления МЗ РФ. 18 января 2010 г. судебное дело возвращено экспертным учреждением в суд без исполнения определения суда, т.к. явка подэкспертной Н не обеспечена. 19 февраля 2010 г. состоялось судебное заседание по гражданскому делу. Из протокола судебного заседания ясно, что с октября 2009 г. ни заявитель, ни сотрудники УВД, ни представитель заинтересованного лица из ЦГБ Н не видели, но говорят о ее социальной опасности, необходимости принудительного лечения и принудительной доставки на экспертизу. Самой Н на заседании суда не было. 19 февраля 2010 г. вынесено определение о принудительном направлении Н на СПЭ. 22.03.2010 г. в суд поступило заявление от Н с просьбой “возобновить производство по гражданскому делу по заявлению МСЗН и провести судебное заседание по назначению экспертизы в моем присутствии”. 5 апреля 2010 г. состоялось судебное заседание, на котором присутствовала Н и ее представитель К. 6 апреля 2010 г. суд вынес Определение о назначении по делу СПЭ, поручив ее производство экспертам “Независимой психиатрической ассоциации России”. В гражданском деле материалов о социальном положении Н в настоящее время не имеется. Из уголовного дела следует, что Н ранее к административной ответственности не привлекалась. На учете в городском наркологическом диспансере не состоит. В гражданском деле представлен Акт обследования материально-бытового положения от 19.01.2010 г., из которого следует, что комиссия в квартиру не попала, по сведениям прошлых посещений указано — “Квартира отремонтирована, мебель новая”.

20.04.2010 материалы дела переданы в НПА России. Но 6 мая 2010 г. Н была стационарирована в ГЦБ в недобровольном порядке. На комиссию представлена медицинская карта стационарного больного, из которой следует, что Н находилась на лечении с 05.05.2010 г. по 07.06.2010 г. Госпитализация в недобровольном порядке, подтверждена Решением городского суда от 07.05.2010 г. Из катамнеза следует, что Н после последней выписки из стационара диспансер не посещала, поддерживающего лечения не получала. “Состояние ухудшилось весной 2010 г.: стала злобной, конфликтной. Угрожала расправой соседу, обвиняла его в сексуальных домогательствах”,

нападала на его жену в присутствии малолетнего ребенка. Сосед написал заявление на имя заведующего ЦГБ с просьбой о принудительном лечении N, в связи с “ее социально опасным поведением и неадекватными хулиганскими действиями”, заявление подписали и другие жильцы дома. В психическом статусе N при поступлении в больницу отмечено, что она напряжена, подозрительна, считает, что ее несправедливо стационарировали, угрожает “разобраться и с врачами и с судьями”. Заявляет, что сосед специально оклеветал ее, т.к. она отказывалась сожительствовать с ним. Заявляет, что это он избивает и истязает ее, хочет завладеть квартирой. Речь монотонная, высказывания лишены эмоциональной окраски, мышление непоследовательное, суждения примитивные, паралогичные. Запас знаний, представлений скудный, в практических вопросах ориентирована достаточно. В отделении ничем не занята, держится обособленно, постоянно делает замечания персоналу, активно сопротивляется лечению. Угрожает врачу и медперсоналу. Все внимание акцентировано на “мести своим обидчикам” — соседу, врачам, соработникам, которые “испортили ей жизнь”. “В процессе лечения нормализовалось настроение. Стала мягче, приветливее. Сутяжные и бредовые идеи поблекли, потеряли свою актуальность. Планы на будущее связывает с трудоустройством, устройством личной жизни. 03.06.2010 г. представлена на КЭК, которая пришла к заключению, что данных за недобровольное удержание в психстационаре в настоящее время нет, может быть выписана под активное диспансерное наблюдение и поддерживающее лечение пролонгами: галоперидол-деканоат по 1 мл в/м в месяц. Из отделения выписана самостоятельно. Диагноз: **Шизофрения параноидная форма эпизодическое течение ближе к непрерывному с нарастающим эмоционально-волевым дефектом. Паранойальный синдром**”.

После выписки из больницы N сразу сообщила об этом своему представителю в суде, и были согласованы дата и время проведения АСПЭ в НПА России.

На экспертизу явилась вовремя. Первоначально N проведено **экспериментально-психологическое исследование** с использованием теста Роршаха, методик “запоминание 10 слов”, “пиктограмма”, “простые аналогии”, “классификация”, толкования пословиц, тест самооценки.

Смысл исследования понимает. Старается произвести лучшее впечатление. Все свои ошибки объясняет тем, что ее этому не учили, она не знала, у нее образование только три класса. “Если бы со мной кто-нибудь занимался, я так хочу...”. Словарный запас ограничен. Мнестические способности в норме. Кривая запоминания: 8 – 9-9 – 9, в отсроченном воспроизведении называет 7 слов. При запоминании демонстрирует выраженную неустойчивость активного внимания, многократно повторяет одни и те же слова, отвлекается. Опосредование затрудняет процесс за-

поминания: из 10 предъявленных понятий правильно воспроизводит только два (семья, дружба), еще в одном случае воспроизводит не полностью (“праздник” вместо “веселый праздник”), в нескольких случаях описывает то, что нарисовала (“полоть грядку” вместо “тяжелая работа”, “похвастался, доброе дело сделал” вместо “смелый поступок”, “кушать хочет ребенок” вместо “голодный ребенок”), в остальных случаях вообще не может вспомнить, какое выражение ей предъявляли, поскольку рисунок связан с понятием очень отдаленно. На выражение “вкусный ужин” собирается нарисовать “ротик или желудок” и впоследствии не может вспомнить предъявленное выражение. Конкретные образы чередуются с достаточно обобщенными. Так, на выражение “веселый праздник” рисует шарик и торт со свечками, при этом думает, какой именно торт нарисовать: “Торты ведь бывают разные, можно и круглый нарисовать, но это мне трудно”. В то же время на слово “дружба” рисует двух людей, держащихся за руки, на слово “семья” — 3 человека — “мама, папа и ребенок”. Рисунки очень примитивные, схематичные, соответствуют уровню ребенка младшего школьного возраста, не упорядочены, хаотично разбросаны по плоскости листа, нарисованы в разных проекциях. Графика свидетельствует об органической патологии. При выполнении задания “Простые аналогии” демонстрирует ограничение объема внимания и трудности его распределения, непонимание смысла задания, неспособность действовать в соответствии с инструкцией даже при помощи экспериментатора. В то же время с заданием на классификацию справляется самостоятельно, выделяя группы по обобщенному признаку, с помощью экспериментатора дает им правильные названия. На втором этапе испытывает трудности при объединении групп, сама обращается за помощью (“Вы мне подскажите”) и в результате справляется с заданием. Толкование пословиц вызывает серьезные трудности, хотя в некоторых случаях правильно передает условный смысл. Плохо дифференцирует свои качества, затрудняется в самооценке, говорит, что ей свойственно “делать добро”. Из отрицательных качеств упоминает неграмотность и упрямство. В тесте Роршаха выявляется выраженное снижение и обеднение психической продуктивности (14 ответов вместо 30, половина из которых дается по облегченному типу, отсутствие сложных комбинированных образов, однообразие используемых содержательных категорий), резкое снижение уровня категориальной четкости познавательных процессов (54 % вместо 70+5), снижение аналитических способностей, ригидность мышления (ни одного образа с опорой на движение), резкое снижение реалистичности (индекс реалистичности 2 вместо 6 – 7). В эмоциональной сфере выявляется снижение контроля эмоций, напряженность в межличностных отношениях (ни одного человеческого образа в тесте Роршаха), тенденция идти навстречу

опасности (ответы по ахроматическому цвету). Таким образом, экспериментально-психологическое исследование выявило выраженные трудности интеллектуальной деятельности и снижение психической продуктивности (конкретность мышления, бедность ассоциаций, трудности установления логических связей, снижение категориальной четкости познавательных процессов, снижение целенаправленности, трудности распределения внимания) у примитивной ригидной личности с эмоциональной неустойчивостью, неадекватной самооценкой и снижением реалистичности. Нарушений мышления и изменений личности, характерных, в первую очередь, для шизофрении, не обнаружено.

Клиническое исследование психического состояния. Сознание ясное, полностью ориентирована. Одеты опрятно, нарядно, аккуратно причесана, за внешностью следит, держится скромно. На комиссию пришла на 20 минут раньше, сообщила о своем приходе и села в коридоре терпеливо ждать вызова. Во время исследования, которое в общей сложности длилось 6 часов, поведение упорядоченное, спокойна, понимает, что находится в ситуации обследования, старается произвести хорошее впечатление. Во время беседы держится спокойно, доброжелательно. Словарный запас невелик, иногда затрудняется в подборе нужного слова. В суждениях часто легковесна, инфантильна. Старается представить себя в лучшем свете, не говорит о себе плохо. Сведений о раннем детстве не знает, но когда говорит о матери, о том, что ее бросили, о жизни в интернате, на глазах появляются слезы. Когда, ссылаясь на представленные судом документы, врач пытается обсудить и выяснить ее поведение в школьные годы, говорит, что не помнит или отрицает неправильное поведение. Рассказывает, что с детьми в интернате обращались жестоко, часто наказывали, а ее так надолго помещали в психиатрические больницы, что она и не понимала, где ее дом, в интернате или в больнице. Говорит, что ей не хочется и не надо об этом вспоминать, но в интернат она никогда больше не вернется. К матери относится холодно, обижена на нее. О старшей сестре и брате говорит тепло, с улыбкой, поддерживает с ними отношения, сожалеет, что сестра сейчас подолгу живет в Дагестане. Пытается оправдать свое поведение в отношении Н-вой, критика к нему формальная, говорит: “Я больше так не буду”. Рассказывает, что после смерти Р-вой и ее матери ей было очень плохо, ничего не хотелось, и она решила прекратить учебу в школе, и в то же время заявляет, что не смогла продолжить образование, так как в школе стали известны факты ее жизни, которые она скрывала, и о которых рассказала Н-ва. Категорически отрицает сведения, что винила Н-ву в гибели близких ей людей, объясняет, что это был несчастный случай, и Н-ва не могла иметь к этому отношения. Не отрицает, что постоянно встречала Н-ву у дома и на работе, навязчиво сопровождала ее,

требовала к себе внимания, что пришла к ней с ножом. Хотела добиться от нее объяснений и извинений в разглашении фактов ее биографии, но та только грозила ей психиатрической больницей, и ее положили в “психушку”, а после этого ей пришлось оставить работу. Продолжает считать, что это произошло в основном из-за действий социального работника, а не из-за ее неправильного поведения, не видит в нем ничего особенного, говорит, что “не угрожала ей, а говорила, что себя порежу, думала, добьюсь своего, но не резала. Я не глупая, чтобы себе вредить”. В доказательство показывает руки, на которых нет шрамов. Хотя признает, что своим поведением не добилась желаемого, а только пострадала и “нажила неприятностей”, но особо по этому поводу не переживает. Говорит, что сейчас с Н-вой не встречается. К судебной ситуации относится без должной критики, не печалится по этому поводу. Говорит, что смогла найти себе хорошего защитника, и он защитит ее интересы в суде. Себя психически больной не считает и думает, что дело решится в ее пользу. Рассказывает, что при первом стационарировании в психиатрическую больницу врач обманным путем добилась от нее подписи о согласии на обследование и лечение — “не дала прочитать, что подписывала, сказала тебе это не нужно, мы тебя сразу выпишем, а сами продержали три недели”. После выписки юрист объяснил ей правила госпитализации в ПБ и при повторном стационарировании она уже не подписала согласие на госпитализацию, но суда все равно не было, объясняет, что “закон нарушили”. Говорит, что после проведения стационарной экспертизы ее тоже незаконно сразу перевели в больницу, объясняет почему, ссылаясь на объяснения юриста. В поведении черты инфантильности, некоторой демонстративности, старается понравиться, польстить врачу и психологу, которые работали с ней до комиссии. На вопрос “как она справилась с заданиями?” отвечает, что справилась не очень хорошо, а иногда совсем не справилась, но не огорчается по этому поводу. Критика к себе и своим способностям снижена, самооценка завышена. О планах на будущее говорит, что хотела бы иметь семью, ребенка, если, конечно, сможет родить, потому что ей уже 33 года, а не было ни одной беременности. Имеет молодого человека, но он не имеет своего жилья, зарабатывает немного. Говорит, что ее обещали познакомить с другим молодым человеком, и она согласна, так как хотела бы иметь возможность выбрать в мужа более “перспективного” (это слово долго подбирает и произносит с ошибками). Себя характеризует, как хорошую хозяйку, говорит, что она хорошо готовит, чистоплотная, любит детей. Сообщает, что завтра идет устраиваться на работу, будет упаковщицей карнизов. Работа простая, но беспокоится, выдержит ли физически, потому что после увольнения из “Русского моря”, где работа была сидячей, полгода работала на “маячной” фабрике, но ушла, так как приходилось

по 12 часов работать на ногах, а “ноги у меня больные, быстро уставала, из-за этого и ушла”. Поэтому договорилась, что один день отработает как пробный и, если ее все устроит, тогда уже будет оформляться по трудовой книжке. Жалует, что в судебном деле нет ее трудовой книжки, потому что “говорят, что я все это время не работала, а это не так”. Рассказывает, что в больнице медсестры хорошо относились к ней и готовы свидетельствовать за нее в суде. И после выписки из ПБ в 2009 г. она подрабатывала сиделкой у одной из медсестер больницы, сидела с ее больным ребенком. В бытовых вопросах ориентирована достаточно хорошо, неплохо усвоила разъяснения юриста по вопросам, касающимся психиатрии. Интеллект и память снижены и слабо дифференцированы. Выражена эгоцентричность. Круг интересов ограничен бытом, своим устройством в жизни. Мышление конкретное и конкретно-ситуационное, расстройств мышления по эндогенному типу не выявлено. Продуктивной психотической симптоматики, агрессивных и суицидальных тенденций поэкспертная не обнаружила.

Обобщая изложенные данные, следует отметить, что N с момента рождения воспитывалась без матери, тяжелой алкоголички, отказавшейся от нее. Физически была хорошо развита, но программу даже вспомогательной школы усваивала с трудом, отличалась выраженным упрямством, лживостью, вспыльчивостью, жестокостью, конфликтным поведением, постоянно срывала уроки, не поддавалась коррекции. На протяжении жизни многократно помещалась в психиатрические больницы, ей 10 раз выставлялись психиатрические диагнозы, фактически варьирующие две диагностические версии: олигофрения с психопатоподобным синдромом и параноидная шизофрения.

Впервые в 8-летнем возрасте (02 – 07.1985) — осложненная олигофрения в степени дебильности.

В 9 лет в течение 10 месяцев снова в ПБ: олигофрения в степени дебильности, осложненная психопатоподобным синдромом.

В 12 – 13 лет в течение 15 месяцев (16.10.1988 – 17.07.1990) лечилась с диагнозом “Шизофрения, детский тип с полиморфной симптоматикой, олигофреноподобный дефект”.

В 14 – 15 лет в январе 1991 г. отмечался эпи-припадок, а в декабре 1992 г. эпи-статус.

В 22 года — олигофрения в степени имбецильности.

В 25 лет — параноидная шизофрения, депрессивно-параноидный синдром.

В 31 год — умственная отсталость легкой степени без психотических расстройств.

И спустя месяц — умственная отсталость легкой степени с грубым психопатоподобным поведением.

В 32 года (21.05.2009) — стационарная СПЭ в МО ПБ № 2 им. Яковенко — шизофрения, параноидная форма, непрерывно-прогредиентное течение. Параноидный бред.

В 33 года — параноидная шизофрения, эпизодическое течение ближе к непрерывному с нарастающим эмоционально-волевым дефектом, параноидальный синдром.

Тяжелый алкоголизм матери и воспитание без матери в детских учреждениях привели к педагогической запущенности, а терапия нейролептиками в течение 5 месяцев в 8 лет, в течение 10 месяцев в 9 лет и 7,5 месяцев в 12 лет, вызвала, как сейчас видно из целостной траектории психических расстройств, безусловную дискинезию с функциональными наслоениями в виде истерических гиперкинезов (непровольные стереотипные вычурные движения конечностей и мышц лица), принятых за шизофренические двигательные расстройства. Это подтверждается тем, что уже на следующий год после этого отмечался эпилептический припадок, а спустя еще год эпи-статус, которые были явно связаны с “нейролептической терапией без корректоров”, что было тогда же отмечено и начато лечение люминалом (!). В этом контексте характер обманов восприятия, когда 11-летняя подэкспертная “говорила о каких-то чудовищах, которые протягивают к ней черные лапы, слышала их “голос” со стороны”, свидетельствует о том, что это не истинные слуховые галлюцинации, а грезоподобные фантазии.

Судебно-психиатрическая экспертиза в ОПБ в 2009 г. характеризуется грубым противоречием между подробным клиническим описанием и экспериментально-психологическим исследованием, которые на редкость однозначным образом свидетельствуют об интеллектуальном снижении, и выставленным диагнозом параноидной шизофрении. Последний обосновывается совершенно произвольно без учета данных констатирующей части и основных положений психиатрии. Так, эксперты начинают с утверждения, что у подэкспертной с детства наблюдались шизоидные черты, что противоречит всем имеющимся описаниям, и что как давно установлено, не коррелирует с заболеванием шизофренией. То, что подэкспертная слышала “голоса”, было засвидетельствовано только однажды в 1988 году и явно не корректно. Далее эксперты пишут, что у подэкспертной “сформировались сверхценные патологические идеи преследования, особого значения, вредительства, которые углубились и расширились до уровня патологических идей, бреда отношения, преследования, послуживших поводом для многочисленных стационарирований”. В этом отрывке содержатся две фундаментальные ошибки: сверхценные идеи не переходят в параноидные, а многочисленные стационарирования были связаны не с отмеченной психопатологической симптоматикой, а с шантажным поведением и патологической прилипчивостью, свойственной органикам. Эксперты пишут о выявленных ими “характерных для шизофренических расстройств мышления и бредовых идеях”, однако это не соответствует клиническим и экспери-

ментально-психологическим данным, описанным в констатирующей части заключения. Эксперты часто противоречат сами себе. Так, в одном месте они указывают, что подэкспертная в отделении “много читала”, а спустя 8 строчек — “читала с трудом по слогам”. Пишут, что была “вязкой, обстоятельной, торпидной, конкретной”, “речь бедная” и тут же “мышление резонерское, витиеватое”. Такие квалификации, контрастирующие с общим стилем личности подэкспертной, требовали обязательных конкретных примеров, без которых смазывается коренная разница витиеватости и резонерства дебила и шизофреника. Между тем, данные приводимого очень выразительного экспериментально-психологического заключения совершенно однозначно свидетельствуют о дебильности подэкспертной. Эксперты без всякой критики пишут о суицидальности подэкспертной, хотя многочисленные описания свидетельствуют о ее чисто демонстративном характере. Что касается эмоционально-волевых нарушений, то все они — “амбивалентность, неадекватность, монотонность, стеничность” — неспецифичны. Это касается и снижения критики. Наконец, диагнозу “непрерывно прогрессирующая форма шизофрении” противоречит тот факт, что вторая группа инвалидности в 2002 года была заменена на третью группу, а из ПБ больная всякий раз выписывалась в удовлетворительном состоянии. Характерно, что интеллектуальное снижение в этом заключении даже не упоминается. Эксперты оценили N как представляющую “особую общественную опасность” и нуждающуюся в “принудительном лечении в психиатрическом стационаре специализированного типа с интенсивным наблюдением”. Этот предельно гиперболический вывод противоречит реальному поведению N на протяжении всей ее жизни (до данной СПЭ и после нее), а также рекомендациям Минздрава РФ “О порядке применения принудительных и иных мер медицинского характера в отношении лиц с тяжелыми психическими расстройствами, совершивших общественно опасные деяния” (23 июля 1999 г. N 2510/8236-99-32), согласно которым *“применение данной принудительной меры медицинского характера следует рекомендовать преимущественно лицам: а) с хроническими психическими расстройствами или слабоумием, обнаруживающим тенденцию, обусловленную клиническими проявлениями заболевания и (или) преморбидными личностными особенностями, к совершению повторных тяжких или особо тяжких общественно опасных деяний, особенно насильственного характера; б) с хроническими психическими расстройствами или слабоумием, обнаруживающим в силу клинических проявлений заболевания и (или) преморбидных личностных особенностей упорные антисоциальные тенденции, проявляющиеся в многократных общественно опасных действиях, а также в грубых нарушениях больничного режима по данным прежних стацио-*

нирований (нападения на персонал, побеги, инициирование групповых беспорядков), если указанные нарушения поведения делают невозможным проведение показанных им лечебно-реабилитационных мероприятий в условиях применения других принудительных мер медицинского характера”. Ни один из этих пунктов не подходит к N.

Таким образом, на протяжении всей жизни, начиная с 8 – 9 лет, у N сохранялся однотипный рисунок поведения, обострявшийся по ситуационным поводам по однотипному сценарию, характерному для олигофренов. В силу повышенных обидчивости и конфликтности у стеничной личности, склонной к фиксациям, прилипчивости, назойливости, ригидности, ее упорное преследование обидчиков легко производило впечатление бредоподобных образований, но никогда не заходило дальше сверхценных идей у примитивной личности. Параноидный бред никогда не вырастает из сверхценных идей и имеет совершенно другую внутреннюю структуру, не связанную с интеллектуальным снижением. Здесь же мы видим характерную для подросткового возраста мстительность у инфантильной интеллектуально сниженной стеничной личности. Можно вполне доверять ее заявлениям относительно N-вой, что если бы она призналась, что разглашала факты ее биографии и извинилась, “я бы от нее отстала”.

Ярко представленные демонстративные иждивенческие рентные установки, характерное шантажное поведение с угрозами самоубийства многократно обнаруживали отсутствие непосредственной опасности для себя и для окружающих. Быстро привязываясь к тем, кто о ней заботился, и назойливо предлагая “взять в дочку”, встречая отказ, N продолжала активно помогать своей цели и преследовала людей, с которыми первоначально сблизилась и которые заботились о ней и много для нее сделали, но от которых она постоянно требовала все большего и большего. Легко понять тех, кто стал мишенью ее домогательств, но определенные периоды (например, с 1990 по 2002 гг.) ее самостоятельной жизни убеждают, что она не является человеком, который не понимает значение своих действий и не может руководить ими. Многократно, вплоть до самого последнего времени, после очередного курса терапии она восстанавливалась и вполне удовлетворительно компенсировалась. Несомненно, что подэкспертная нуждается в диспансерном наблюдении и регулярном приеме в течение не менее года пролонгов нейрорепетитиков (один раз в месяц), а затем корректоров поведения, что осуществимо в амбулаторном порядке.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. На основании вышеизложенного комиссия приходит к выводу, что N страдает умственной отсталостью легкой степени с психо-

патоподобным синдромом органического генеза (F 70.1), который в настоящее время в результате проведенного лечения находится в состоянии компенсации. Тем самым мы фактически подтвердили диагноз, выставленный N в 1985 – 1986 гг. и повторно в 1998 и 2008 гг.: “олигофрения в степени дебильности, осложненная психопатоподобным синдромом”. В результате проведенного клинико-психопатологического исследования и экспериментально-психологического исследования данных за наличие параноидной шизофрении не выявлено, не обнаружено также никаких признаков прогрессивного течения и формирования дефекта (ответы на 1 и 2 вопросы суда).

Заявление о признании N недееспособной не содержит сведений, которые подтверждали бы ее неспособность проживать самостоятельно. В заявлении отмечено, что “Заболевание лишает N возможности вести самостоятельную жизнь, она представляет социальную опасность и опасность для себя лично”. Декомпенсация психопатоподобной симптоматики у N, которая наступила после психотравмы (гибель близких ей людей), как это часто бывает при олигофрении, привела к конфликту с социальным работником (в силу застреманности, торпидности, конкретности мышления, выяснение отношений с Н-вой приобрело для N сверхценное значение, но никогда не достигало уровня бредового расстройства), временной дезадаптации в социально-трудовом отношении, она оставила учебу, работу. Психопатоподобное поведение приняло

еще более грубый характер после недобровольной госпитализации в ПБ и возбуждения уголовного дела. Но после лечения и выписки из больницы в сентябре 2009 г. состояние N нормализовалось. Она перестала преследовать Н-ву, не осуществила ни одной из угроз, о которых говорила, находясь в больнице, и не думала об этом. Она самостоятельно вела домашнее хозяйство, нашла себе работу, поддерживала нормальные отношения с родными и друзьями. Нашла себе представителя для помощи ей в гражданском деле. На комиссию СПЭ она также явилась после лечения в ПБ, и поведение ее было правильным. Невысокие интеллектуальные способности и недостаточная критичность в отношении своего поведения компенсируются достаточной ориентацией в бытовых вопросах, способностью защищать свои интересы в сложных, конфликтных ситуациях посредством активного целенаправленного поиска помощи и поддержки необходимых представителей. **Это служит основанием утверждать, что психическое расстройство N не лишает ее способности осознавать характер совершаемых ею действий и руководить ими.** (Этот ответ на 3 вопрос суда исключает 4 вопрос). В настоящее время N не представляет опасности ни для себя, ни для окружающих и может принимать участие в судебном заседании (ответ на 5 вопрос).

*Савенко Ю. С., Спиридонова Н. В.,
Котиков Г. М., Цыганова В. Н.,*

РЕКОМЕНДУЕМ:

Макс Шелер

ПРОБЛЕМЫ СОЦИОЛОГИИ ЗНАНИЯ

М., Институт общегуманитарных исследований, 2011, 320 стр.

Впервые полностью публикуется перевод классической работы основоположника антропологии, социологии знания и новой этики, “феноменолога № 2”.

Функциональная проба для существующей судебно-психиатрической теории и практики и её результаты

В. А. Пехтерев

Введение в 1997 и в 2001 годах в новые Уголовные кодексы Российской Федерации и Украины юридической нормы “ограниченная вменяемость” рассматривается как функциональная проба для существующей судебно-психиатрической теории и практики, с которой она в течение 10 и 6 лет соответственно не может справиться.

Ключевые слова: вменяемость, ограниченная вменяемость, невменяемость, судебно-психиатрическая теория и практика.

Начиная с XIX века, когда юристы стали использовать психиатров для разделения правонарушителей на две группы — вменяемых и невменяемых — началась эра “психиатрической экспансии в область права”. Деление это всегда было условным потому, что признак, по которому делили правонарушителей психиатры — глубина (тяжесть) психических нарушений — был и остается условным. Юристы сразу же умыли руки и, сославшись на свою, якобы, некомпетентность, переложили решение этой проблемы на плечи психиатров. Психиатры охотно взяли за дело и за истекшие сто лет создали институты, написали сотню диссертаций, десяток учебников, выделили специальность “судебно-психиатрическая экспертиза” и сделали много полезного и нужного, но вот метода, который бы позволил им точно разделить психически больных правонарушителей по глубине (тяжести) психических нарушений они не создали. А без точного метода столетние усилия судебных психиатров не более как шум, мишура, вуаль, под которой прячется неточность, приблизительность, старого и неизменного клинического метода.

Методы, которыми сегодня пользуются общие и судебные психиатры едины. Разрешающая способность их достаточна для лечебной деятельности, но недостаточна, приблизительна для экспертной. Для категорического разделения психически больных правонарушителей на две группы — вменяемых и невменяемых — желательно иметь более точные методы. Любому здравомыслящему человеку понятно, что медицинские методы могут дать категорический, стопроцентный результат на полюсах континуума здоров-болен. Но чем дальше от полюсов, чем ближе к условной границе, разделяющей здоровых от больных, тем меньше категоричности и больше вероятности. Разделение же правонарушителей медицинскими методами на вменяемых и невменяемых дает еще бо-

лее вероятностный, сомнительный результат в сравнении с разделением здоров-болен, ибо медицинский инструмент в этом случае применяется уже для юридических целей, а не по прямому своему назначению. Своего собственного метода разделения правонарушителей на вменяемых-невменяемых юристы не создали и не создадут до тех пор пока психиатрические методы будут мешать юридическим, пока в юриспруденции будет культивироваться переоценка разрешающих возможностей психиатрических методов. Для решения юридических задач, в том числе и для решения вопроса о вменяемости-невменяемости правонарушителя, нужны юридические методы, а не замесные психиатрические.

Известно, что к лицам свободным и взятым под стражу должны применяться одни и те же методы обследования и лечения, а посему движение новых методов обследования и лечения осуществляется в одностороннем порядке — из общей психиатрии в судебную. В обратном порядке движение запрещено. На пути новых методов обследования и лечения из судебной психиатрии в общую стоит запрещающий знак “Нарушение прав человека”.

По этой причине и потому еще, что в постсоветское время судебную психиатрию монополизировали лица, работавшие на тот момент в государственных экспертных учреждениях, ждать появления новых, более точных психиатрических методов исследования — утопия. И общих и судебных психиатров устраивают ныне существующие методы. Общим психиатрам они позволяют с успехом лечить больных, а судебным психиатрам, после того, как они изолировали судебную психиатрию от общей, монополизировали психиатрическую истину, других и не надо.

Количество вменяемых и невменяемых (преступников и не преступников) менялось и меняется не только с течением времени или с изменением психи-

атрических воззрений, но и при переходе от одной судебно-психиатрической комиссии к другой и, как следствие, от одного суда к другому. Вслед за Паскалем можно воскликнуть: что это за Истина, что это за Справедливость, которая в соседней больнице, в соседнем суде становится Ложью?

До 1997 года в Российской Федерации (РФ) и до 2001 года в Украине группа невменяемых включала лиц с психическими нарушениями тяжелой степени, а группа вменяемых — всех остальных, то есть, психически здоровых лиц и лиц с психическими нарушениями легкой и средней тяжести.

Трезвая оценка практических, разрешающих возможностей методов, при помощи которых мы делим правонарушителей, наполняем избранную форму содержанием — крайне важно.

Например, если у нас есть метровая палка без сантиметрового деления и нам нужно с её помощью измерить три отрезка по 33 см, то наше “экспертное заключение” о длине отрезков будет приблизительное. Даже, несмотря на то, что мы попытаемся преодолеть неточность метода за счет увеличения количества “экспертов” до 3-х человек или проведения повторной “экспертизы” в соответствующем Институте. Для точного измерения расстояний меньше метра нам нужно менять не членов комиссии и не место проведения экспертизы, а вводить новую единицу измерения равную 0,01 метра. Этой единицей измерения, а не “комиссией академиков экспертных наук” можно *точно* измерить три отрезка по 33 см.

К такому подходу должны стремиться юристы и судебные психиатры. Новое деление правонарушителей на три группы требует либо использования скрытых, не востребованных пока еще возможностей старых психиатрических методов, либо создания новых, более точных, желательных юридических.

До начала XIX века поговорка “всяк купец на свой аршин мерит” отражала реальность потому, что длина аршина зависела от длины руки купца. Чем короче руки, тем меньше аршин. Психиатрия сейчас в своем развитии находится приблизительно там, где была царская Россия до появления государственного эталона длины.

У нас нет государственного эталона психического здоровья. Государственные эталоны психического расстройства, если можно так выразиться, представлены в МКБ-10, где даны клинические описания и указания по диагностике. Психиатрические знания не исчерпываются МКБ-10. Описания психических расстройств рассыпаны в учебниках, монографиях, статьях по психиатрии. Эти описания так же служат эталоном, но степень их обязательности и общеизвестности меньше. В мире на равных с МКБ-10 конкурирует национальная американская классификация психических и поведенческих расстройств DSM-4. Описания в разных классификациях и учебниках чаще всего сходятся, но аршин у каждого психиатра

все-таки свой, причем научно обоснованный. Совпадение диагнозов психиатров, принадлежащих к одной национальной психиатрической школе, редко превышает 60 – 65 %. Если у Крепелина треть диагнозов, по его собственному признанию, не подтверждалась, то, что говорить о нас грешных (1).

Являются ли методы, которыми располагает судебная психиатрия, достаточно точными для выполнения поставленных в новых Уголовных кодексах (УК) Украины и РФ задач? Мы думаем, что пришло время заката “психиатрической экспансии в область права”. Время, когда психиатрические методы исследования психической деятельности правонарушителей будут дополнять, а не подменять юридические методы исследования.

Знание разрешающих возможностей метода важно. Не менее важно, для избегания теоретических, логических ошибок, понимание того, каким видом деления мы пользовались и пользуемся при разделении, классификации правонарушителей на вменяемых, ограниченно вменяемых и невменяемых.

Многие авторы считали и считают деление правонарушителей на вменяемых и невменяемых дихотомическим. Они говорят, что вменяемость и невменяемость являются антиподами, позитивом и негативом. При дихотомическом делении объем делимого множества “правонарушители” делится на два логически противоречащих класса: вменяемых и невменяемых, один из которых служит основанием для деления. К недостаткам дихотомического деления относят то, что класс с частицей “не”, остается крайне неопределенным. Если мы положим в основание деления признак “быть вменяемым”, то сначала нужно дать определение понятию “вменяемость”, а потом производному от него понятию “невменяемость”. Ряд авторов настаивают на этом. Исторически же класс с частицей “не” (понятие “невменяемость”) раньше появился в УК и до сего дня является более определенным, чем понятие вменяемость, которого в УК РФ нет по сей день. Для дихотомического деления характерно, что члены деления исключают друг друга, и между ними нет третьего класса. Поэтому многие авторы считают введенное понятие “ограниченная вменяемость” подклассом, подвидом, частью, разновидностью понятия “вменяемость”. Это не промежуточная категория между вменяемостью и невменяемостью, а составная часть вменяемости, говорят они. Эти авторы считают, что понятия вменяемость и невменяемость являются противоречивыми, антонимами (2, 3, 4, 5). Эта точка зрения нашла отражение в новом УК РФ больше, чем в новом УК Украины.

В действительности мы делили и делим правонарушителей по тяжести (глубине) психических расстройств, которая задается юридическими критериями соответствующих понятий. Такое деление называется делением по видоизменению признака, а не дихотомическим. Если правда, что количество переходит в

качество, то психические нарушения умеренной степени тяжести, являющиеся основанием для последующей юридической квалификации “ограниченной вменяемости” не могут быть составной частью легких психических нарушений, квалифицируемых как “вменяемость”.

Пара слов — вменяемость и невменяемость — своим “дихотомическим звучанием” вроде бы подсаживает вид деления правонарушителей, но на самом деле вводит в заблуждение. Слова эти не совпадают со смыслом, обозначаемых ими понятий и с объективной реальностью, которую эти понятия отражают. В этом отношении существующие названия понятий, возможно, и неудачны, но они исторически сложились.

Понятия вменяемость, ограниченная вменяемость и невменяемость являются видовыми и принадлежат родовому понятию правонарушитель. Объемы всех трех понятий исключают друг друга. Они находятся в отношении соподчинения (координации). Введя новое, видовое понятие ограниченная вменяемость, мы делим правонарушителей уже не на две, а на три группы. Введение в УК понятия ограниченная вменяемость с объемом, исключающим объемы понятий вменяемость и невменяемость, должно уменьшить объемы уже существующих, “старых” понятий. По закону обратного соотношения объема и содержания понятий, уменьшение объема понятий вменяемость и невменяемость должно привести к увеличению числа основных, существенных признаков правонарушителей, описываемых этими понятиями. Увеличение числа существенных признаков этих понятий может и должно произойти, прежде всего, *за счет появления новых юридических, а не медицинских признаков понятий*. Понятие ограниченная вменяемость должно охватывать пограничные, средние между вменяемостью и невменяемостью случаи. В группу ограниченно вменяемых должны были бы войти, с одной стороны, лица с психическими расстройствами средней степени (крайний вариант вменяемости), а, с другой стороны, лица, глубина психического расстройства которых достигла психотического уровня, но не разрушила в полной мере способность лица осознавать свои действия и руководить ими (крайние варианты невменяемых). Количество невменяемых от общего количества, прошедших СПЭ на Украине, сократилось с конца 80-х годов по конец 90-х годов 20 века с 12 % до 4 % (6). Эти 8 % лиц, которые, не удержавшись в группе невменяемых, попали в группу вменяемых, с введением нового УК Украины, должны найти свое законное место в группе ограниченно вменяемых.

Иными словами, “тяжелые” случаи вменяемости и “легкие” случаи невменяемости должны были бы наполнить группу ограниченно вменяемых как на Украине, так и в РФ.

После введения в 1997 и в 2001 годах новых УК Украины и РФ группа невменяемых должна была бы со-

кратиться до лиц, психическое расстройство которых видно невооруженным психиатрическими знаниями взглядом. Для лиц данной категории, проведение СПЭ должно стать формальной научной констатацией общеизвестного факта “сумасшествия”. Такая же формальная констатация судебно-психиатрической экспертизой общеизвестного факта “психического здоровья” происходит на противоположном конце континуума вменяемость-невменяемость, где находятся психически здоровые лица и лица с легкими (невротическими) психическими расстройствами, ускользающими от взгляда неспециалистов. Эта группа также должна сократиться. Здравый смысл, статистика и клиническая практика говорят о том, что тяжелобольных меньше, чем больных со средней и, тем более, легкой формой заболеваний. Чем тяжелее психическое расстройство, тем реже оно встречается в популяции. Поэтому группа ограниченно вменяемых должна быть больше группы невменяемых и меньше группы вменяемых. Она должна стать “основным потребителем психиатрических знаний” потому, что для констатации вменяемых и невменяемых в подавляющем большинстве случаев достаточно знаний неспециалиста. Заключение судебных психиатров о состоянии вменяемых и невменяемых должно приобрести характер формальной констатации общеизвестного и общедоступного для наблюдения факта.

Обращаясь к судебно-психиатрической практике, мы хотим проверить высказанные нами теоретические взгляды и оценить пригодность психиатрических методов к задаче, поставленной в новых УК. Если мы правы, то после введения новых УК количество вменяемых и невменяемых в РФ и на Украине должно сократиться, а количество ограниченно вменяемых должно быть больше количества невменяемых, но меньше количества вменяемых. Мы рассматриваем введение новой юридической нормы “ограниченная вменяемость” как функциональную нагрузку для существующей судебно-психиатрической теории и практики, а статистические отчеты о деятельности судебно-психиатрической службы Украины и РФ как заочный опрос судебных психиатров. Своего рода двойной слепой метод сбора информации. Когда о цели опроса не знают ни те, кого опрашивают, ни те, кто собирает, анализирует и публикует результаты опроса. Результатам такого опроса можно доверять.

Вопрос, который в новых УК РФ и Украины теоретически и практически поставлен перед судебными психиатрами, в 1997 и в 2001 годах звучит следующим образом: *располагаете ли вы методами, необходимыми для точного разделения правонарушителей на три группы?*

Так как существующая судебно-психиатрическая теория и практика наших стран практически идентична, а украинские данные нам более доступны, то мы их и берем за образец, оставляя российским коллегам

Таблица № 1. Экспертные решения при амбулаторных и стационарных судебно-психиатрических экспертизах в отношении подследственных, подсудимых, свидетелей и потерпевших в Украине в 2002 и 2007 годах.

Экспертное решение	2002 год		2007 год	
	Амбулаторная СПЭ	Стационарная СПЭ	Амбулаторная СПЭ	Стационарная СПЭ
Вменяем	88 %	77 %	87,1 %	77,5 %
Ограниченно вменяем	0,7 %	2,7 %	0,8 %	1,5 %
Невменяем	3 %	14,5 %	3,8 %	16,5 %
Решение не вынесено	7,7 %	6,1 %	9,1 %	5,9 %

возможность детального анализа российских данных в свете высказанных нами взглядов.

Опираясь на данные судебно-психиатрической экспертизы в Украине, мы из нескольких таблиц составили две, для которых сохранили авторские названия (7). Почему авторы статьи говорят о вменяемости, ограниченной вменяемости и невменяемости подследственных, подсудимых, свидетелей и потерпевших мы не знаем. Этот стойкий, подсознательный выход за пределы своей компетенции характерен для судебных психиатров Украины и РФ. Мы не меняем авторских названий таблиц и рубрик, но напоминаем, что вопрос о вменяемости, ограниченной вменяемости (уголовной ответственности лиц с психическим расстройством, не исключаяющим вменяемости) и невменяемости решается только судом и только в отношении правонарушителей. Смещение в одну группу подследственных и подсудимых с потерпевшими и свидетелями нарушает принятое в уголовном процессе разделение участников процесса на четыре группы (8). Зная, что СПЭ свидетелей и потерпевших составляет около 1 – 2 % от всех СПЭ (6), мы надеемся, что реальная картина распределения вменяемых, ограниченно вменяемых и невменяемых искажена судебными психиатрами незначительно.

Почему количество лиц, признанных на Украине ограниченно вменяемыми, осталось ничтожно малым и не выросло за 5 – 6 лет?

Авторы цитируемой нами статьи говорят, что освоение новой юридической нормы “ограниченная вменяемость” проходит в Украине сложно, ибо отсутствие унифицированных диагностических критериев приводит к тому, что не все экспертные комиссии используют в своей работе форму ограниченной вменяемости. Расхождение количества ограниченно вменяемых по областям Украины объясняют тем же: “отсутствием унифицированных диагностических критериев”, то есть, отсутствием готового для работы диагностического инструмента. (7).

С нашей же точки зрения, приведенные в таблицах № 1 и № 2 данные говорят о том, что судебные психиатры 11 областей Украины считают, что разрешающая способность методов, имеющихся в их распоряжении, недостаточна для разделения правонарушителей на три группы и потому они не применяют в

своей работе новую юридическую норму. На вопрос, поставленный выше, они отвечают: нет.

Судебные психиатры Донецкой, Закарпатской, Киевской, Луганской и Черкасской областей, пользуясь теми же методами, во много раз чаще рекомендуют признавать обследуемых ограниченно вменяемыми.

Теоретически, чем больше психически больных в области или стране, чем хуже ведется среди них профилактика общественно опасных действий (ООД), чем тяжелее криминальная обстановка, тем чаще психически больные должны совершать деяния, предусмотренные УК, и чаще должны признаваться ограниченно вменяемыми и невменяемыми.

Практически же данные таблицы № 2 противоречат данным о распространенности и заболеваемости психическими расстройствами по областям Украины в абсолютных цифрах и на 100 тысяч населения (9).

Например, в 2007 году заболеваемость в Донецкой и Луганской областях в 1,5 раза ниже, а в Закарпатской области в 3 раза ниже, чем в Житомирской области. Количество же психически больных, признанных ограниченно вменяемыми в этих областях, наоборот, во много раз выше, чем в Житомирской области (9). Откуда же берутся эти больные?

За 2006 – 2007 года судебные психиатры Черкасской области осмотрели 1098 человек и 40 человек признали ограниченно вменяемыми. Судебные же психиатры Кировоградской области за это же время осмотрели большее количество человек (1200) и не нашли среди них ни одного ограниченно вменяемого! Кто поверит, что в Кировоградской области из 1200 нарушителей УК, освидетельствованных на экспертизе, не было ни одного человека с психическими нарушениями средней степени тяжести? Конечно, они были, но эксперты их “не заметили”, расценив, имеющиеся у них нарушения психики, как легкие или тяжелые.

Можно ли по приведенным судебными психиатрами данным судить о тяжести психических расстройств правонарушителей? А ведь именно тяжесть психических расстройств положена в основу их деления!

Даже неспециалисту в психиатрии понятно, что мы имеем дело здесь не с экспертным *отражением* реальной действительности, а с её *искажением*.

Обратимся теперь к отчетам о работе судебно-психиатрической экспертной службы в Российской Фе-

Таблица № 2. Признание подследственных, подсудимых, свидетелей и потерпевших ограниченно вменяемыми при амбулаторных и стационарных судебно-психиатрических экспертизах по областям Украины в 2006 и 2007 годах.

Название областей	2006 год			2007 год		
	Амб. СПЭ	Стац. СПЭ	Всего	Амб. СПЭ	Стац. СПЭ	Всего
АР Крым	3 чел.	12 чел.	2119 чел.	0 чел.	6 чел.	2359 чел.
Винницкая	1	0	430	0	5	415
Волынская	12	4	379	4	0	426
Днепропетровская	5	8	1084	1	0	1054
Донецкая	28	18	2725	61	4	2497
Житомирская	5	нет	379	0	нет	379
Закарпатская	8	нет	170	4	нет	189
Запорожская	2	0	461	7	0	451
Ивано-франковская	21	нет	308	4	нет	297
Киевская	35	нет	1338	19	нет	1299
Кировоградская	–	нет	583	0	нет	617
Луганская	21	13	897	11	6	823
Львовская	4	44	1232	0	1	1115
Николаевская	15	нет	900	0	нет	841
Одесская	1	17	788	0	22	749
Полтавская	3	нет	718	0	нет	640
Ровенская	10	нет	324	4	нет	305
Сумская	–	1	680	0	0	649
Тернопольская	6	нет	476	0	нет	557
Харьковская	2	10	1162	0	0	1197
Херсонская	6	7	566	2	0	643
Хмельницкая	5	17	498	0	0	505
Черкасская	22	нет	531	18	нет	567
Черновицкая	8	нет	485	0	нет	425
Черниговская	3	нет	403	0	нет	462
г. Киев	1	12	1692	3	7	1556
г. Севастополь	1	1	237	0	0	212
Всего в Украине	228(1 %)	254(1,2 %)	21265	138(0,7 %)	51(0,2 %)	20852

дерации. Мы не будем утомлять читателя цифрами потому, что ситуация в РФ аналогична украинской, а может быть еще и хуже с учетом Северо-Кавказских республик.

Возьмем данные первой, попавшейся в Интернете, области. Думаем, что с учетом того, что Центр социальной и судебной психиатрии им. В. П. Сербского после распада СССР не только не потерял своей власти, но и укрепил ее, монополизировав судебно-психиатрическую истину, в этих данных как в капле воды отразится вся судебно-психиатрическая Россия.

Отчет о деятельности судебно-психиатрической экспертной службы Воронежской области (не последней в РФ по объему экспертной деятельности) в период с 2003 по 2007 гг. сообщает, что из лиц, прошедших экспертизу по уголовным делам вменяемыми признаны 83,1 %, невменяемыми — 6,8 % и нерешенные дела составляют — 10,1 %. Среди признанных

вменяемыми — 30,39 % признаны психически здоровыми, а 69,61 % имеют психические расстройства (умственная отсталость, органические психические расстройства, алкоголизм, личностные расстройства и др.), которые не достигают степени невменяемости и эти лица, как правило, попадают в места лишения свободы (11). Упоминаний об ограниченной вменяемости или о лицах, подпадающих под действие ст. 22 УК РФ в отчете нет. Видимо, судебные психиатры Воронежской области, как и в судебные психиатры 11 областей Украины не словами, а делами отвечают на поставленный выше вопрос: нет. Поэтому они 10 лет игнорируют новую юридическую норму и не включают её в свои отчеты. Они, как их украинские коллеги, ждут указаний свыше о том, как измерить метровой палкой без сантиметровых делений три отрезка, необходимых суду и следствию, каждый из которых меньше метра.

В целом по России введение в новый УК РФ ст. 22 никак не отразилось на количестве лиц, признанных невменяемыми: в 1997 году их было признано 8,9 % от общего количества освидетельствованных по уголовным делам, а в 2007 году и того больше — 9,6 %. Теоретически, при наличии адекватного по своей разрешающей способности метода, количество невменяемых, начиная с 1997 года, должно уменьшаться и достигать к 2007 году стабильно малой цифры. Но для этого должна быть единица измерения равная если не 0,01 м, то хотя бы 0,1 м. При наличии ее с 1997 года неизбежен рост количества ограниченно вменяемых и уменьшения количества невменяемых и вменяемых. Практически же рост количества ограниченно вменяемых минимальный: с 2,2 % в 1997 году до 3,6 % в 2007 году (12).

Не может количество тяжелобольных (невменяемых) в 3 (три) раза превышать количество больных умеренной тяжести (ограниченно вменяемых)! Результаты *такой* судебно-психиатрической экспертизы говорят, скорее всего, не о распределении психически больных в популяции или об их криминальной активности, а о личностных особенностях, потребностях и взглядах судебных психиатров. Если бы психиатрические *методы* полностью отвечали критериям научности, то полученный в Ингушетии или в Черкасской области результат был бы *проверяем и повторяем* в Кировоградской, Воронежской или любой другой области Украины и РФ. Но этого нет.

Можно спросить: а кому еще, кроме самих экспертов, нужны *такие* “научные” данные и *такая* “экспертиза”?

С 1997 и с 2001 годов судебные психиатры РФ и Украины демонстрируют свою беспомощность перед новой юридической нормой и не столько помогают судебно-следственным органам в работе с ней, сколько вводят их в заблуждение. Кто скажет сейчас, сколько психически больных, теоретически имеющих все основания быть признанными ограниченно вменяемыми, признаны вменяемыми или невменяемыми в Кировоградской и в Воронежской областях? А по всей Украине и России? И почему данная проблема не то, что *не решается*, а даже *не обсуждается* в юридической и психиатрической литературе?

Приведенные результаты работы судебно-психиатрических экспертных комиссий, говорят о том, что *существующая судебно-психиатрическая теория и практика с функциональной нагрузкой в виде деления правонарушителей на три группы — не справилась*. Психиатрические методы исследования, применяемые в судебной психиатрии, по своей разрешающей возможности не позволяют в 100 % случаев в категорической форме разделить правонарушителей на три группы. *Психиатрическая экспансия в область права, просуществовавшая свыше 100 лет, подошла к своему завершению*.

Результаты судебно-психиатрической экспертизы должны сегодня критически восприниматься судебно-следственными органами Украины и РФ. С учетом того, что новых, более точных методов исследования, которые можно было бы применить в судебной психиатрии, в психиатрии нет, то свести к минимуму “экспертный психиатрический произвол” можно только реальным обеспечением состязательности психиатров-экспертов в суде. В сложных (пограничных между вменяемостью и ограниченной вменяемостью, ограниченной вменяемостью и невменяемостью) случаях, когда разрешающая способность психиатрического метода явно недостаточна для категорического вывода, состязательность психиатров-экспертов в суде должна быть обязательной. Причем, не судебных психиатров друг с другом, ибо все они сегодня состоят на государственной службе и “молятся одним богам”, а судебных психиатров с общими. Тогда — недостатки разрешающей способности психиатрических методов и отсутствие юридических — уже сейчас можно свести к минимуму и “выдавать на гора” не частные, “сырые” судебно-психиатрические заключения, возведенные в ранг государственных и непререкаемых, а откорректированные — общепсихиатрические.

В будущем же, когда судебно-следственные органы, начав изучать субъективную сторону преступлений всех психически больных без исключения, соберут достаточный фактический материал, осмыслят его теоретически и оформят практически в соответствующие методы, потребность суда в психиатрических знаниях, значение психиатрических заключений для судебных решений, а соответственно и экономическое бремя от психиатров в суде — уменьшится. Основные, существенные признаки правонарушителей, необходимые для разделения их на три группы: вменяемых — ограниченно вменяемых и невменяемых, должны быть найдены юридическими, а не психиатрическими методами исследования, юристами, а не психиатрами. Этическая обязанность психиатров — помочь юристам освободиться от иллюзий в отношении разрешающих возможностей судебно-психиатрической экспертизы.

Таким образом, мы приходим к выводу, что:

1) при заочном двойном слепом методе опроса судебные психиатры Украины и РФ *делами*, а не *словами* признали, что они не располагают методами, необходимыми для точного разделения правонарушителей на три группы;

2) результаты судебно-психиатрической деятельности в Украине и в РФ не отражают объективную реальность, а искажают ее;

3) необоснованная переоценка точности психиатрических методов исследования мешает появлению и развитию юридических методов оценки “внутренних психических процессов, происходящих в сознании и воле лица, совершившего преступление” (13), то есть, мешают оценке субъективной стороны преступления;

4) повышение точности разделения правонарушителей на три группы — вменяемых, ограничено вменяемых и невменяемых — следует связывать с развитием не психиатрических, а юридических методов исследования, которые неизбежно появятся при изучении юристами субъективной стороны преступления всех без исключения правонарушителей;

5) для изучения субъективной стороны преступления всех без исключения правонарушителей необходимо пересмотреть существующие в уголовном праве удобные, но не точно отражающие объективную реальность взгляды на вменяемость, как на предпосылку вины, уголовной ответственности и наказания.

ЛИТЕРАТУРА

1. Морозов Г. В., Шумский Н. Г. Введение в клиническую психиатрию (пропедевтика в психиатрии). — Н. Новгород: Изд-во НГМА. 1998. 426 с.
2. Руководство по судебной психиатрии / Под ред. Т. Б. Дмитриевой, Б. В. Шостаковича, А. А. Ткаченко. М.: Медицина. 2004. 592 с.
3. Ситковская О. Д. Психология уголовной ответственности. М.: Издательство НОРМА. 1998. 285 с.
4. Уголовное право Украины. Общая часть: Учебник для студентов юрид. вузов и фак. / М. И. Бажанов, Ю. В. Баулин, В. И. Борисов и др.; Под ред. профессоров М. И. Бажанова, В. В. Сташиса, В. Я. Тация. 2-е изд., перераб. и доп. Харьков: Право. 1998. 400 с.
5. Судебная психиатрия: Учебное пособие / Т. Б. Дмитриева, А. А. Ткаченко, Н. К. Харитонова, С. Н. Шишков. М.: ООО "Медицинское информационное агентство". 2008. 752 с.
6. Арсеник Т. М. Анализ деятельности судебно-психиатрической службы Украины // Архів психіатрії. 2004. Т. 10. 2(37). С. 183 – 192.
7. Ревенко О. А., Арсеник Т. М. Судово-психіатрична експертиза в Україні (2006 – 2007 роки) // Вісник психіатрії та психофармакотерапії. 2008. № 2(14). С. 33 – 44.
8. Тертышник В. М. Уголовный процесс: Учебное издание. Харьков: Арсис. 1997. 528 с.
9. Пінчук І. Я., Д'яченко Л. І., Петриченко О. О. Психічне здоров'я населення України (Аналітично-статистичний довідник 1990 – 2007 рр.). Київ. 2008. 152 с.
10. Ситковский Д. В. Преступность лиц с психическими расстройствами: По материалам Республики Дагестан: Автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата юридических наук. Махачкала. 2006. 24 с. (<http://www.disserscat.com/content/>).
11. Овсянникова Н. Л., Самохин А. Н., Эльтеков С. Н. Основные показатели деятельности судебно-психиатрической экспертной службы Воронежской области 2003 – 2007 гг. // Научно-медицинский вестник Центрального Черноземья. № 35. 1 квартал 2009 г. (<http://www.vsm.a.ru/publ/vest/035/site/index22.html>).
12. Мохонько А. Р. Актуальные проблемы организации судебно-психиатрической экспертной службы в Российской Федерации в 2007 г. Презентация PowerPoint. (<http://www.cardiosite.ru/articles/article.aspx?articleid=5733>).
13. Уголовное право. Общая часть. Учебник для вузов. Ответственные редакторы — д.ю.н., проф. И. Я. Козаченко и д.ю.н., проф. З. А. Незнамова. М.: Изд. Группа ИНФРА. М-НОРМА. 1998. 516 с.

XV ВСЕМИРНЫЙ КОНГРЕСС ПО ПСИХИАТРИИ

18 – 22 сентября 2011 г., Буэнос-Айрес, Аргентина

mcastex@congresosint.com.ar; www.congresosint.com.ar

Матери, убившие своих детей. Современное состояние проблемы в судебной психиатрии

В. В. Русина¹ (Воронеж)

В статье анализируются клинические и социальные факторы риска убийства женщинами своих детей. В обзоре литературы и представленном исследовании рассматриваются две группы матерей, одни из которых совершили неонатид (убийство новорожденного в первые 24 часа жизни), другие — убийство детей старше одного дня жизни, выделены общие характерные черты и различия между группами. Показано криминогенное значение высокого уровня психических расстройств у женщин, совершивших убийство своих детей.

Ключевые слова: неонатид, детоубийство, жестокое обращение с детьми, психические расстройства у женщин, факторы риска убийства женщинами своих детей.

Детоубийства занимают заметное место в структуре “женских” преступлений. Эта проблема существовала в России с давних времен. Еще в своде судебных решений и указов (Уставе) князя Ярослава была установлена ответственность матери за убийство новорожденного (Лысак Н. В., 2004). В Уставе Владимира Святославича речь шла, прежде всего, об ответственности за избавление от внебрачного, незаконнорожденного ребенка (Лысак Н. В., 2004). За эти преступления женщины подвергались церковному суду, им назначались публичные религиозные наказания в виде покаяния, срок которых также определялся соответствующим церковным иерархом. В дальнейшем данные принципы были лишь в общем виде закреплены в Соборном Уложении 1649 года, поместившем убийство родителями своего ребенка среди преступлений против церкви и утвердившем дифференцированный подход к вопросам ответственности за детоубийство, исключавшем казнь, тогда как убийство мужа женой рассматривалась как одно из наиболее тяжких посягательств. Однако наказание ужесточалось, если имело место убийство матерью незаконнорожденного (внебрачного) ребенка (Российское законодательство X – XX веков). В период правления Петра I любые преступления против членов семьи были приравнены к религиозным и воинским преступлениям и наказывались колесованием, при этом ни о каком снисхождении к женщинам-детоубийцам, независимо от их семейного статуса, не упоминалось (Российское законодательство X – XX веков). В принятом в 1832 году “Своде законов уголовных” отмечалось различие “чадоубийства” и “детоубийства” (убийство малолетнего, новорожденного), причем эти преступления относились к умышленным, совершенным при отягчающих обстоятельствах, “особенным смертоубийствам” (Российское законодательство X – XX веков). В последовавшей кодификации

уголовных законов Российской Империи, в “Уложении о наказаниях уголовных и исправительных” (1845 г.) впервые в мире психическое состояние матери-детоубийцы было признано обстоятельством, подлежащим исследованию и учету при назначении наказания, способном смягчить ответственность осужденной. Но возникновение данного состояния все же связывалось с семейно-правовым статусом женщины и ее ребенка, и если имело место убийство законнорожденного, то женщине предписывалось назначение более строгого наказания. Позднее были предприняты попытки смягчения наказания матерей, убивших своих внебрачных детей (статья 461 проекта нового Уголовного уложения от 1903 г.) (Боровитинов М. Н., 1905).

К 1888 г. большинство европейских стран установили законодательное различие между детоубийством и убийством, определив более мягкое наказание для матери, убившей свое дитя в результате психического расстройства (American Psychiatric Association Statement on the Insanity Defense and Mental Illness, 2002).

Законодатель Советской России данный привилегированный состав преступления не воспринял, и в случае привлечения матери-убийцы к уголовной ответственности по статье 142 УК РСФСР (1922 г.) “Убийство”, суд был обязан вменить ей в вину два отягчающих обстоятельства: 1) убийство лицом, на обязанности которого лежала забота об убитом; 2) с использованием беспомощного состояния убитого согласно ст. 136 УК РСФСР (1926 г.). Однако отечественные криминологи, не согласившись с такими изменениями, постоянно обращали на это внимание законодателя, и в 1926 году Уголовно-кассационная коллегия Верховного Суда РСФСР в своем инструктивном письме разъясняла, что борьба с детоубийством должна идти не столько по пути уголовной репрессии, сколько по пути улучшения материальной обеспеченности матерей-одиночек и изживания вековых предрассудков, особенно распространенных в

¹ Воронежский областной клинический психоневрологический диспансер.

сельской местности, и ориентировала суды на дифференцированный подход при назначении наказания матерям, убившим своих малолетних детей. Если подобного рода преступление совершалось впервые и было вызвано указанными выше причинами, то женщине назначалось лишение свободы на минимальные сроки или ставился вопрос об условном осуждении, однако при совершении преступления “достаточно культурной матерью и притом при сравнительно благоприятных материальных условиях” никаких оснований для применения мягких мер не предусматривалось. В 1936 году был издан циркуляр Верховного Суда и Народного комиссариата юстиции РСФСР, в котором мотивы детоубийства вследствие “материальной нужды, низкого культурного уровня, нападок и издевательств со стороны родных и окружающих и т.п.” не являлись предпосылками смягчения наказания (Красиков А. Н., 1999). Такой подход в целом сохранил и УК РСФСР (1960 г.), по которому деяние матери-убийцы квалифицировалось как убийство, совершенное без отягчающих обстоятельств по статье 103. Тем не менее, статьей 38 УК было закреплено основание, смягчающее ответственность, в виде “совершения преступления вследствие стечения тяжелых личных или семейных обстоятельств”, которое трактовалось судами достаточно широко, и судебная практика шла по пути снижения наказания матерям, убившим своих детей.

К этому времени в Великобритании в 1922 году был принят Акт о детоубийстве, суть которого заключалась в том, что если женщина убивала новорожденного в состоянии, “когда баланс ее психического состояния был нарушен эффектом родов”, она признавалась виновной в преступлении “меньшем, чем убийство”, избегая, таким образом, смертного приговора. В пересмотренном Акте о детоубийстве от 1938 г. была дана более определенная дефиниция понятию “новорожденный ребенок”, ограничивая возраст ребенка 12 месяцами, в причинные факторы психических нарушений была включена лактация, а детоубийство было приравнено к непредумышленному убийству. Канада последовала подходу Британского законодательства к совершившим неонатид матерям, в отличие от США, где специально выделенной статьи, посвященной неонатиду, нет, поэтому женщины обвиняются в совершении убийства (Oberman M., 1996). Модифицированный английский Акт о детоубийстве 1922 г. был добавлен в уголовный кодекс Канады в 1948 г. (Kramer K. J., 2005). В России убийство матерью новорожденного было выделено как “привилегированное” преступление (статья 106 УК РФ) в 1996 году. К концу XX века 29 стран изменили меру наказания в случае совершения женщиной неонатиды (убийства новорожденного в первые 24 часа жизни) и инфантицида (убийство ребенка возрастом до 1 года жизни), признавая уникальные биологические изменения в организме, вызываемые

деторождением (American Psychiatric Association Statement on the Insanity Defense and Mental Illness, 2002). Интересен факт, что распространенность инфантицида в странах, где за его совершение полагается наказание, не отличается от тех стран, где за его совершение назначается принудительное лечение (Marks M. N., 1996).

Острота описываемой проблемы в нашей стране подчеркивается данными ГУИН МВД РФ, согласно которым наблюдается постоянный рост числа убийств новорожденных и малолетних детей, совершенных их родителями или родственниками. Пик детоубийств пришелся на 1986 год (248 случаев), в 1990 – 1995 годах отмечалось 106 – 110 детоубийств, но в 1997 году было зарегистрировано на 14,7 % больше детоубийств, чем в 1996 году, а в 1998 году соответственно на 15,4 %, в 1999 году на 16,2 %, в 2000 году на 9,7 %, в 2001 г. на 10,3 %, в 2002 году на 10,8 % (Состояние преступности в России. ГИЦ МВД РФ, 1997 г., 1998 г., 1999 г., 2000 г., 2001 г., 2002 г.). Тем не менее, точной статистики детоубийств нет. По подсчетам экспертов в год совершается до 5 тысяч данных преступлений (Волкова А. Е., 1995). Также с начала 90-х годов к концу века более чем вдвое выросло число убийств матерями новорожденных (Криминогенная ситуация в России на рубеже 21 века, 2000).

При рассмотрении факторов риска совершения детоубийства, рядом авторов было установлено, что первый год жизни является критическим, а наивысший риск приходится на первый день жизни ребенка (Browne K., Lynch M., 1995; Marks M. N., 1996).

Многими исследователями отмечалось, что у женщин, убивших детей старше одного дня жизни, по сравнению с матерями, убившими новорожденных, чаще встречались психотические расстройства, суицидальные попытки (Resnick P. J., 1970; d’Orban P. T., 1979; Cheung P. T. K., 1986; Bourget D. et al, 1992; Naarasalo J. et al, 1999), а также предыдущие госпитализации в психиатрические стационары (Pitt S. E. et al, 1995).

В Центре Судебной Психиатрии г. Энн Арбор, штат Мичиган, США С. F. Lewis et al (2003) было проведено изучение 55 случаев убийств женщинами своих детей, выявившее у 52,7 % обследованных психотические расстройства, среди которых наиболее часто диагностировались шизофрения, большой депрессивный эпизод; а также расстройство личности. Женщины с психотическими расстройствами имели нескольких желанных детей, которых убивали при помощи орудия. Женщины, признанные психически здоровыми, чаще всего избивали своих детей до смерти (87,5 % всех смертей от избиения). Также гибель детей, связанная с отсутствием должного ухода (от голода, утопления, неоказания медицинской помощи), встречалась исключительно в этой группе матерей.

В своей работе М. Smithey (1997) выявила распространенное среди матерей, убивших своих детей, не достигших 3-летнего возраста, злоупотребление психоактивными веществами, ранее перенесенное ими сексуальное или физическое насилие, низкую социальную поддержку. J. D. Marleau et al (1995), обследовавшие женщин, находившихся в психиатрическом стационаре в связи с убийством своих детей, отметили такие же социальные факторы.

Исследованию различных психических нарушений, возникающих у женщин в послеродовой период, и их судебно-психиатрической оценке посвящены многолетние исследования в ФГУ “ГНЦ социальной и судебной психиатрии им. В. П. Сербского”. В. П. Мартыненко (1974), изучавшей общественно опасные действия, направленные на детей, у женщин, больных шизофренией, отмечалось, что предшествующие совершению деликта психогении, роды, привносят в структуру шизофренического психоза ряд новых психопатологических образований, повышающих социальную опасность женщин.

Специальному изучению психотических состояний послеродового периода и разработке критериев судебно-психиатрической оценки совершаемых в этот период агрессивных действий в отношении новорожденных посвящена работа М. С. Доброгаевой (1972). По данным автора, психические расстройства послеродового периода представляют собой сборную группу психозов, характеризующихся полиморфизмом клинических проявлений и нередко объединяемых между собой только фактором родов. В послеродовой период наиболее часто встречаются шизофренический процесс, реактивные состояния и собственно послеродовые психозы, которые имеют полиморфную психопатологическую структуру, а их характерной чертой является наличие соматопсихических корреляций и доброкачественность течения. В целом исследование показало, что независимо от нозологической сущности у психических расстройств послеродового периода имеются определенные общие клинические признаки, обусловленные особенностями соматоэндокринных нарушений, связанных с беременностью и родами, которые проявляются в остром возникновении психических расстройств, сравнительной кратковременности их течения, наличии в клинической картине психоза симптомов помраченного сознания, аффективных нарушений и явлений астении.

В исследовании острых депрессивных реакций, относящихся к периоду совершения особо тяжких криминальных действий, М. А. Качаева (1983) уделила особое внимание развивающимся после родов реактивным состояниям, при которых чаще, чем при других психозах, встречаются так называемые “расширенные самоубийства”, когда помимо убийства новорожденного наблюдаются агрессивные действия в отношении других детей, близких родственников, а

также попытки самоубийства. При оценке психического состояния женщин, убивших новорожденных и привлекавшихся к уголовной ответственности по ст. 106 УК РФ, автором отмечалась предшествующая преступлению констелляция различных психогенных факторов, имеющих для женщины особую значимость, таких как жестокость мужа, болезнь ребенка, внебрачные роды, служебные неприятности, которые имели “ключевой характер” в соответствии со структурой личности женщины и ее системой ценностей и способствовали формированию невротической депрессии с идеями малоценности. Присоединение соматогенных факторов (беременность, роды) способствовали неуклонному нарастанию депрессивного аффекта, который быстро достигал витального уровня, сопровождался чувством безысходности, тревогой, страхом, отчаянием, мыслями о неминуемой гибели. При этом отчетливо выявлялась патологическая альтруистическая мотивация агрессивных криминальных действий, когда убийство совершалось из чувства “сострадания”. Женщины, как правило, отличались астенической и психастенической преморбидной структурой личности (Качаева М. А., 1999).

Целью настоящего исследования являлось определение клинических и социальных факторов, способствующих совершению убийства женщинами своих детей.

Материал: были обследованы 40 женщин, убивших своих детей и прошедших судебно-психиатрическую экспертизу, которые были разделены на две группы: 1) совершившие неонатид — убийство новорожденного (ст. 106 УК РФ), 23 человека; 2) совершившие агрессивные действия, повлекшие за собой смерть детей старше 1 дня жизни (ч. 1, 2 ст. 105, ч. 4 ст. 111 УК РФ).

В результате исследования было установлено, что среди убивших новорожденных преобладали женщины моложе 20 лет (27,3 %, $p < 0,05$), а среди женщин, совершивших убийство более старших детей, доминировала возрастная группа 25 – 29 лет (50 %, $p < 0,05$), представительницы которой чаще состояли в браке (31,3 %, $p < 0,05$), и они же чаще убивали своего единственного ребенка (62,5 %, $p < 0,01$), в то время как у матерей, совершивших неонатид, имелось несколько детей (68 %). Характерно, что женщины, убившие новорожденного, ранее чаще лишались родительских прав в отношении старших детей по сравнению с матерями другой группы ($p < 0,01$).

Отношения с брачными партнерами у всех женщин преимущественно были несчастливыми, формально-равнодушными или конфликтными. Также и отношения с окружающими и близкими людьми у женщин в обеих группах были конфликтными, либо поддержка со стороны окружающих отсутствовала. Во всех случаях близкие женщинам люди замечали отсутствие должного ухода за детьми, наиболее часто

пренебрегали своими обязанностями матери, совершившие неонатид (30,4 %). У женщин же, убивших более старших детей, потерпевшие чаще вызывали раздражение (23,5 %, $p < 0,01$). Характерно, что в этой группе матерей отмечались нелепые действия (12 %), а также просьбы о помощи в уходе за детьми (12 %). В результате отсутствия должного ухода за детьми к женщинам обеих групп нередко применялись административные санкции в виде выговоров, штрафов (13 % и 17,5 % по группам соответственно).

Гибели новорожденных предшествовало тяжелое материальное положение их семей (45,5 %, $p < 0,01$). У женщин, убивших более старших детей, какое-либо явное социальное неблагополучие отсутствовало (62,5 %, $p < 0,01$), однако у них в анамнезе часто отмечались аутоагрессивные поступки (31,3 %, $p < 0,05$), а также криминальные действия (30,4 %, $p < 0,01$), в то время, как совершившие неонатид женщины к уголовной ответственности привлекались впервые (95,5 %, $p < 0,01$).

На учете в психоневрологическом диспансере находились 41 % ($p < 0,05$) женщин, убивших детей старшей возрастной группы, преимущественно вследствие психотических состояний (шизофрения, послеродовой психоз). Среди совершивших неонатид женщин 13 % наблюдались вследствие ранее выявленной умственной отсталости. В период, предшествовавший преступлению, женщины осматривались врачами общей практики или психиатрами (13 % и 29 % по группам соответственно), при этом в группе матерей, убивших более старших детей, чаще всего отмечались соматические жалобы или жалобы на психическое состояние (23,5 %, $p < 0,01$). Женщины, совершившие неонатид, в подавляющем большинстве случаев скрывали свою беременность от окружающих, что, по мнению А. J. Wilkins (1985), является общей характеристикой женщин, убивших новорожденных, а S. H. Friedman et al (2005) считают, что подобное поведение, а также уклонение женщины от акушерско-гинекологической помощи могут служить предикторами неонатиды, указывая, однако на то, что такое поведение трудно выявляется.

При оценке психического состояния женщин в момент совершения деликта было выявлено, что 50 % совершивших неонатид женщин каким-либо психическим расстройством не страдали, у остальных обнаруживалась пограничная патология (личностные расстройства, легкая умственная отсталость). У 8,7 % женщин этой группы в момент родов и в раннем послеродовом периоде отмечалось временное психотическое состояние (F 53.9 по МКБ-10), также у них чаще устанавливалось состояние эмоционального напряжения, оказавшего существенное влияние на их поведение при совершении преступления (18,2 %). Женщины же, убившие старших детей, преимущественно совершали преступление по аффективно-бредовым мотивам вследствие заболеваний шизофрени-

ческого спектра (50 %, $p < 0,01$), депрессивного эпизода (12,5 %) или действовали импульсивно вследствие тяжелых личностных расстройств (19 %, $p < 0,01$).

При оценке личностных особенностей женщин, убивших детей старше одного дня жизни, у большинства отмечались такие сопряженные с агрессивностью черты как склонность к внешнеобвиняющим формам реагирования, вспыльчивость, возбудимость, импульсивность, раздражительность. В группе матерей, совершивших убийство новорожденного, преобладал противоположный комплекс характерологических особенностей (тенденция не раскрывать свои чувства и переживания, зависимость, пассивность, отгороженность, замкнутость — 31,8 %), как правило, в рамках акцентуации или личностной патологии тормозимого круга, а также была выявлена положительная корреляционная связь ($r_s=0,7$) между такими характерологическими чертами и вероятностью неонатиды.

В результате судебно-психиатрической оценки психического состояния женщин было установлено, что способными осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими чаще признавались женщины, совершившие неонатид (68 %, $p < 0,01$), в то время, как женщины, убившие детей старше одного дня жизни, чаще признавались неспособными осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими в момент совершения преступления (69 %, $p < 0,01$). Решение об ограниченной способности женщин понимать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими (ст. 22 УК РФ) в обеих группах было обусловлено декомпенсацией состояния у женщин, страдающих легкой умственной отсталостью (13,6 % и 6,3 % по группам соответственно).

Экскульпация совершивших неонатид женщин (18,2 %) происходила вследствие выявления возникшего у них в период родов временного психотического состояния, а также выраженного дефицитарного состояния в рамках умеренной умственной отсталости или при диагностированной негативной симптоматике психотического состояния у страдающих психическими расстройствами шизофренического спектра.

Обсуждение: проведенное исследование позволяет сделать вывод, что в обеих группах женщин отмечалась констелляция различных факторов, способствующих убийству детей (тяжелое материальное положение и/или конфликтные/формальные семейные отношения, негативное давление и отсутствие поддержки со стороны родных, наличие у женщин психических расстройств, ограничивающих их адаптационные ресурсы), что вызывало снижение социальной адаптации и фрустрационной толерантности и проявлялось в неспособности осуществления должно-

го ухода за детьми, что в преобладающем большинстве случаев привлекало к себе внимание окружающих.

Характерно, что у женщин, совершивших убийство новорожденных, реже выявлялись тяжелые психические расстройства, для большинства женщин и/или их родных беременность была нежелательной, что приводило к возникновению длительной психотравмирующей ситуации из-за тяжелого материального положения или страха перед родителями или быть “опозоренными перед окружающими”, и на фоне которой вследствие специфических физиологических факторов, обусловленных беременностью и родами, нередко развивались временные психические расстройства или особые эмоциональные состояния, обуславливавшие совершение агрессивных криминальных действий.

При совершении убийства женщинами своих детей возрастом старше одного дня жизни отчетливо выявляется влияние психопатологических механизмов в рамках нозологически различных психических расстройств, преимущественно с психотическими проявлениями и имевшимися предикторами в виде ауто- и гетероагрессивного поведения, отмечавшаяся нестабильность их психического и соматического состояния при осмотре психиатрами и врачами общей практики, высказываемые ими просьбы о помощи и раздражение в адрес погибших детей, значению которых не была дана должная оценка.

Таким образом, проблема детоубийств не только и не столько медицинская, в большей степени это социальная проблема, которая может быть решена совместными усилиями общественных и государственных структур.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Боровитинов М. Н.* Детоубийство в уголовном праве. СПб. 1905. С. 16.
2. *Волкова А. Е.* Криминологическая характеристика и профилактика преступлений, связанных с жестоким обращением с детьми\ Автореферат диссертации на соискание ученой степени к.ю.н. М: НИИ МВД РФ. 1995. 17 с.
3. *Доброгаева М. С.* Психотические состояния послеродового периода и их судебно-психиатрическое значение\Автореф. дис... канд. мед. наук. М., 1972. 20 с.
4. *Качаева М. А.* Острые психогенные депрессивные состояния у женщин в период совершения общественно опасных действий\ Автореф. дис... канд. мед. наук. М. 1972. 20 с.
5. *Качаева М. А.* Психические расстройства у женщин, совершивших агрессивные действия против личности (клинический и судебно-психиатрический аспекты)\ Дисс. докт. мед. наук. М. 1999. 389 с.
6. *Красиков А. Н.* Ответственность за убийство по российскому уголовному праву. Саратов: СГУ. 1999. с. 96.
7. Криминогенная ситуация в России на рубеже 21 века\ Под общей ред. А. И. Гурова. М.: ВНИИ МВД РФ. 2000. С. 21.
8. *Лысак Н. В.* Ответственность за убийство матерью новорожденного ребенка (историко-правовой анализ)\ Семейное право. 2004. № 2. С. 44.
9. *Мартыненко В. П.* Общественно опасные действия женщин, больных шизофренией, направленные против детей (клинико-катамнестическое исследование)\ Автореф. дисс... канд. мед. наук. М. 1974. 19 с.
10. Российское законодательство X – XX веков. Законодательство Древней Руси. В 9-ти т. М.: Юрид. лит. 1974.
11. Состояние преступности в России\ ГИЦ МВД РФ. М. 1997, 1998, 1999, 2000, 2001, 2002.
12. American Psychiatric Association Statement on the Insanity Defense and Mental Illness. Release No 02–08. Washington. DC. APA. March 2002.
13. *Bourget D., Labelle A.* Homicide, infanticide, and filicide\ Psychiatr. Clin. North. Am. 1992. Vol. 15. P. 661 – 73.
14. *Browne K., Lynch M.* The nature and extent of child homicide and fatal abuse\ Child Abuse Review. 1995. Vol. 4. P. 309 – 16.
15. *Cheung P. T. K.* Maternal filicide in Hong Kong\ Med Sci Law. 1986. Vol. 26. P. 185–92.
16. *Friedman S. H., McCue Horwitz S., Resnick P. J.* Child Murder by Mothers: A Critical Analysis of the Current State of Knowledge and a Research Agenda\ The American Journal of Psychiatry. 2005. Vol. 162. pp. 1578 – 1587.
17. *Haapasalo J., Petaya S.* Mothers who killed or attempted to kill their child: Life circumstances, child abuse, and types of killing\ Violence and victims. 1999. Vol. 14(3). P. 219 – 239.
18. *Kramar K. J.* Unwilling Mothers, Unwanted babies: Infanticide in Canada\ Vancouver and Toronto: University of British Columbia Press. 2005. Vol. 15. № 8. pp. 766 – 769.
19. *Lewis C. F., Bunce S. C.* Filicidal Mothers and the Impact of Psychosis on Maternal Filicide\ The Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law. 2003. Vol. 31. P. 459 – 70.
20. *Marks M. N.* Characteristics and Causes of Infanticide in Britain\ International Review of Psychiatry. 1996. Vol. 8. P. 99 – 106.
21. *Marleau J. D., Roy R., Laporte L., Webanck T., Poulin B.* Homicide D’Enfant Commis par la Mere\ Canadian Journal of Psychiatry. 1995. Vol. 40. № 3. P. 142 – 149.
22. *Oberman M.* Mothers who kill: coming to terms with modern American infanticide\ American Criminal law Review. 1996. Vol. 34. № 1. P. 1 – 110.
23. *Pitt S. E., Bale E. M.* Neonaticide, infanticide, and filicide: a review of the literature\ Bull Am Acad Psychiatry Law. 1995. Vol. 23. P. 375–86.
24. *D’Orban P. T.* Women who kill their children\ British Journal of Psychiatry. 1979. Vol. 134. P. 560 – 571.
25. *Resnick P. J.* Murder of the newborn: A psychiatric review of neonaticide. 1970. Vol. 126. № 10. P. 1414 – 1420.
26. *Smithey M.* Infant Homicide at the Hands of Mothers: Towards a Sociological Perspective. 1997. Vol. 8. P. 255 – 272.
27. *Wilkins A. J.* Attempted infanticide\ Br J Psychiatry. 1985. Vol. 146. pp. 206 – 8.

Обзор избранных публикаций “Журнала Американской академии психиатрии и права”, 2010, №№ 3,4

В. В. Мотов (Тамбов)

Номер открывается статьей М. Commons, Т. Gutheil и J. Hilliard “Об “очеловечивании” эксперта: предложен “повествовательный” подход в процессе установления квалификации эксперта” (On Humanizing the Expert Witness: A Proposed Narrative Approach to Expert Witness Qualification). Присутствие среди авторов Thomas Gutheil заставляет обратить внимание на статью.

Авторы напоминают, что процесс установления квалификации эксперта в американском суде состоит из трех стадий. Первая: выявление профессиональной подготовки, образования, опыта эксперта на прямом допросе, который проводится нанявшим эксперта адвокатом. Вторая: предложение суду данного психиатра в качестве эксперта по данному делу (предложение может быть оспорено противоположной стороной). Третья: принятие или непринятие судом такого предложения. Психиатр, если квалифицируется судом в качестве эксперта, получает право давать экспертное заключение с “надлежащей медицинской определенностью” (reasonable medical certainty), при условии, что оно не выходит за рамки медицинского контекста.

На первой стадии психиатру необходимо ответить на длинный перечень вопросов (до сорока, даже шестидесяти, в зависимости от эксперта и дела) примерно следующего содержания: “Как Ваше полное имя? Где Вы работаете? Имеете ли лицензию? Сертификат? Ваше образование, профессиональная подготовка, опыт и специализация? Занимаете ли Вы какие-либо административные должности? Публикуетесь ли Вы в профессиональной литературе? Получали или Вы награды?” и т.д.

На монотонно задаваемые рутинные вопросы следуют рутинные ответы. Продолжающаяся иногда в течение двух часов процедура, как замечают авторы, вызывает у присяжных ощущение нарастающей скуки, внимание рассеивается, они начинают думать о постороннем, иногда засыпают. Присяжным очень трудно запомнить и оценить большое количество отдельных фактов, предъявляемых в неструктурированном виде. Невозможность связать их в целостную картину может иметь результатом внутреннее недовольство и раздражение, которые в дальнейшем станут окрашивать отношение к психиатру.

Есть ли какой-то способ эффективнее передать необходимую информацию? Авторы полагают, что психиатр предстанет в глазах жюри более живым, одушевленным и дольше удержит внимание, если будет

сообщать сведения о себе не в виде отдельных ответов, а в форме связного и понятного рассказа. В поддержку своего предложения они ссылаются на работу Bower and Clark (1969), в которой показано, что представление опытной группе перечня слов в виде рассказа помогало слушающим запоминать за равный промежуток времени в 6 раз больше слов, чем субъектам контрольной группы, которым слова предъявлялись не в форме связной истории.

Такой рассказ, по мнению авторов, может включать в себя, например, следующие темы: каким образом психиатр оказался здесь и сейчас в качестве эксперта, факторы, вызывающие интерес у присяжных к судебной психиатрии, эмоциональная связь психиатра со своей профессией, получаемое от работы удовлетворение и ряд других. Авторы иллюстрируют свою точку зрения несколькими примерами. Вот короткий отрывок:

“Адвокат: Доктор, как случилось, что Вы предлагаете свои услуги в качестве эксперта здесь, в зале суда. — *Эксперт: Обучаясь в колледже, я одно время обдумывал возможность стать юристом, однако, все же решил, что сердце мое принадлежит медицине, так что пошел на медицинский факультет, а затем в психиатрию. Вместе с тем, меня продолжали интересовать юридические науки, и я следил за судебными делами в рубриках новостей. Я уже занимался частной практикой, когда мой близкий друг, тоже психиатр, подвергся преследованию по суду за субстандартное лечение; и он, помню, рассказывал мне о своем деле и своих переживаниях. Его история произвела на меня огромное впечатление: я стал читать книги по судебной психиатрии, заниматься на курсах, проводимых медицинским обществом. И незаметно для себя “оказался в плену” у судебной психиатрии. — И что же это было, что так поразило Вас? — То обстоятельство, что у вас была возможность взглянуть на людей с двух разных позиций: права и психиатрии, которые очень различались, и в то же время, должны были быть совмещены, чтобы помочь присяжным понять те вопросы, которые мы собираемся здесь рассматривать. — Спасибо, доктор. И хотя Вы по-прежнему занимаетесь только медицинской деятельностью, в каких судебных делах Вам приводилось участвовать в качестве эксперта? — Ну, значительное количество их было очень похожим на то, которое мы рассматриваем сегодня...”*

Как отмечают авторы, ни в Федеральных правилах предоставления доказательств, ни в комментариях Консультативного комитета федеральным судам не указана какая-то стандартная форма дачи показаний в зале суда потенциальным экспертом при рассмотрении вопроса о его квалификации в качестве эксперта; вопрос же, касающийся юридической значимости таких показаний, оставлен на широкое усмотрение судьи.

Авторы допускают, что их предложение может встретить сопротивление, поскольку является, по сути, вызовом существующей традиции. В то же время, они уверены, что презентация данных о своей профессиональной квалификации, опыте, образовании в форме связного рассказа, позволит психиатру предстать перед жюри присяжных не в виде плоской одномерной фигуры, но одушевленной, многогранной личностью и поможет сформировать о себе благоприятное впечатление.

Следующие две публикации, на которых хочу остановиться — статья **“Патологическое внимание к Британской королевской семье: факторы, связанные с [физическим] приближением и эскалацией [поведения]”** (Abnormal Attention Toward The British Royal Family: Factors Associated With Approach and Escalation) и комментарий к ней под названием: **“Приближение к известным людям и их отслеживание — предпосылка для нападения”** (Commentary: Approaching and Stalking Public Figures — A Prerequisite to Attack). Авторы статьи — группа судебных психиатров и психологов из Великобритании и Австралии (D. James, J. Meloy, P. Mullen и др.). Комментарий написан P. Dietz и D. Martell (соответственно, профессор и преподаватель психиатрии в Калифорнийском университете в Лос-Анджелесе).

Что касается статьи, то она, как отмечают авторы, является первой в Великобритании публикацией на данную тему. Эта работа — часть исследовательского проекта, финансируемого министерством внутренних дел Великобритании. Она основывается на данных ретроспективного анализа 5702 файлов, собранных в период 1988 – 2003 гг. подразделением лондонской полиции, занимающимся защитой членов королевской семьи. Файлы содержат информацию о лицах, которые пытались осуществить неуместные или неподобающие контакты с членами Британской королевской семьи (контакты рассматривались как неуместные или неподобающие, если они выходили за рамки обычного интереса).

Подобного рода контакты были разделены авторами на две группы: (1) корреспонденция и (2) физическое вторжение или приближение. В группу “корреспонденция” были включены письменные, факсимильные обращения, email или телефонные звонки, выделявшиеся на фоне остальных либо своим содержанием — странным, непонятым, нереалистичным, угрожающим, сексуальным или навязчи-

вым, либо формой — например, написанные кровью или содержащие необычные вложения в конверте. “Приближение” определялось авторами как неуместная попытка оказаться в непосредственной близости от членов королевской семьи, королевской резиденции или мероприятия с участием королевской семьи. Такое приближение в количественном или качественном отношении отличалось от действий почитателей королевской семьи и включало в себя странное или угрожающее поведение или попытки (удачные или неудачные) прорвать кордон безопасности.

5702 файла были разделены на группы в соответствии с поведением лиц. Полученная с помощью генератора случайных чисел стратифицированная случайная выборка составила 275 случаев (примерно по 50 из каждой группы), которые были подвергнуты изучению с целью оценки психического состояния и поведения субъектов (на каждый случай заполнялся отдельный лист, содержащий 125 пунктов, включающих социодемографические сведения, детали поведения, психического состояния и мотивации).

В 53 случаях субъекты пытались осуществить лишь письменный или телефонный контакт, еще в 53 попытки коммуникации сочетались с попытками приблизиться, не нарушая кордон безопасности, в 58 — субъекты предпринимали попытки приблизиться, не пытаясь предварительно вступить в письменный или телефонный контакт, в 54 случаях — пытались прорвать кордон безопасности, но безуспешно, в 57 — сумели прорвать кордон безопасности. В 26 случаях имевшаяся информация оказалась недостаточной для надежного отнесения к той или иной мотивационной группе; эти случаи были исключены из анализа.

Как отмечают авторы, физическое приближение — необходимое условие для нападения на публичное лицо и именно оно является предметом особого беспокойства службы охраны. Оно, кроме того, оно провоцирует чувства замешательства, психического напряжения, или даже страха и у охраняемых, и у членов их семей, друзей, а также и у охраняющих. Наконец, его следствием может быть срыв запланированных мероприятий, дополнительные финансовые затраты, связанные с полицейским реагированием на подобного рода событие.

Из общей выборки (n = 275) были выделены те, кто осуществлял попытки физически приблизиться (n = 222; из них 70 % — мужчины, средний возраст — 39,1) и их мотивация подверглась изучению. В результате были идентифицированы 8 мотивационных групп. Самую большую (31 %) составили лица с бредовыми идеями собственной принадлежности к королевской семье, 18,8 % — те, кто искал возможности подружиться, не замечая нереалистичности такого желания, 11,7 % действовали под влиянием бредовых идей эротического характера и намеревались вступить в интимные отношения с особами королевской крови, 7,6 % искали помощи или убежища от мнимых

преследователей, 7,1 % намеревались дать совет, направлять жизнь членов королевской семьи и были уверены, что их рекомендации будут приняты, 6,6 % — кверулянты, 3,0 % составляли лица с бредовыми идеями преследования со стороны членов королевской семьи, наконец, в последнюю группу (14,2 %) были включены субъекты, обнаруживавшие настолько выраженные нарушения мышления и поведения, что их невозможно было отнести к какой-либо из ранее упомянутых мотивационных групп. У 91,3 % представителей этих 8 групп были выявлены признаки явных психических расстройств, в 82,5 % случаев они достигали уровня бреда, в 73,8 % обнаруживались идеи величия.

Что касается тех, кто пытался вступить лишь в письменный или телефонный контакт и не делал попыток приблизиться (N = 53), явные психические расстройства обнаруживались в 69,8 % случаев, бредовый уровень расстройств — в 45,3 %, идеи величия — в 26,4 %.

Авторы анализируют ряд других параметров, например, язык и содержание коммуникаций и, сравнивая их у тех, кто лишь писал или звонил, но не приближался, с теми, кто и писал, и звонил, и приближался, идентифицируют факторы, указывающие на вероятную эскалацию поведения (от общения на расстоянии до попытки приближения и прорыва кордона безопасности).

Им также удалось выявить значительную разницу в поведении, мотивации и психическом состоянии между двумя подгруппами, объединенными в группу “приближавшихся”: теми, кто приближался, но до этого также и обращался письменно или звонил членам королевской семьи и теми, кто приближался, но прежде никогда не пытался обратиться письменно или звонить.

Не буду здесь приводить остальные полученные авторами данные. Количество их таково, что человеку, ранее не занимавшемуся подобной темой, их трудно “переварить” (мне, например, не удалось, несмотря на то, что перечитал статью дважды). Не сомневаюсь, однако, что они могут быть очень интересны для тех из коллег, кто работает со службами, обеспечивающими защиту президента, премьера, других высокопоставленных особ здесь в России. Внимательное чтение статьи в оригинале не будет для них пустой тратой времени.

Что касается второй публикации, то, под скромным названием “комментарий” скрывается, по сути, оригинальная статья, качественно написанная, содержащая сведения, с частью которых российские судебные психиатры, вероятно, малознакомы. Стоит напомнить, что первый из авторов (Park Dietz) получил известность, выступая в качестве психиатра-эксперта в деле Хинкли (покушение на президента США Рональда Рейгана в 1981 г.), в последующем участвовал в качестве эксперта (как правило, стороны обвине-

ния) в наиболее громких уголовных делах, и на сегодняшний день является, вероятно, самым востребованным властями судебным психиатром в США.

Публичные фигуры, как отмечают авторы, постоянно живут под прессом нежелательного внимания со стороны психически нездоровых людей, ищущих собственной идентичности, понимания, любви, власти, разрешения внутренних конфликтов.

Преследующие своим навязчивым вниманием известных людей субъекты, а именно из их рядов, как указывают авторы, выходят многие из тех, кто убивает политических лидеров, знаменитостей в странах Запада, оставались до 1980-х гг. практически вне зоны внимания исследовательского сообщества. Эмпирические исследования ограничивались изучением лиц, пытавшихся в психотическом состоянии проникнуть в Белый дом или правительственные учреждения. Кстати, первое в США исследование, в котором анализировались отношения между письменными обращениями и физическим приближением, было выполнено в 1989 г. именно Park Dietz (в соавторстве с D. Martell). Как указывают авторы, значительная часть ранних работ предназначалась для служб безопасности, ФБР, или Национального института юстиции (в т.ч. и упомянутая работа Dietz и Martell) и не публиковались в открытой печати. Однако в последние годы беспокойство, относительно обнародования методов подобных исследований, как замечают авторы, “практически испарилось — возможно, как результат наступившей Информационной эпохи”.

Авторы отмечают, что изучение случаев нападения на политических деятелей и знаменитостей в исторической перспективе играло важную роль в концептуализации таких событий. Они, в частности, приводят таблицу закончившихся трагически вооруженных нападений на известных в Америке лиц со стороны психически нездоровых субъектов, которые предварительно “подавали сигналы” о нападении.

Вот несколько примеров из этой таблицы: президент Линкольн (1865 г.), президент Гарфилд (1881 г.), президент Мак-Кинли (1901 г.), бывший президент и кандидат в президенты Теодор Рузвельт (1912 г.), президент Джон Кеннеди (1963 г.), кандидат в президенты Роберт Кеннеди (1968 г.), президент Рейган (1981 г.).

В таблицу не вошли случаи, когда публично-значимые фигуры подвергались вооруженному нападению со стороны лиц с психическими расстройствами, и имелись сигналы, свидетельствующие о возможности такого нападения, но когда нападающему не удалось причинить физический вред жертве нападения (президент Джексон (1835 г.), президент Никсон (1974 г.), президент Форд (1975 г., дважды). Как отмечают авторы, речь идет лишь о нападениях, ставших известными широкой публике, часть случаев никогда не предавалась огласке.

В таблицу также не были включены случаи, где отсутствовала информация о предшествующих атаке сигналах (нападение на избранного президента Франклина Рузвельта, президента Трумэна, избранного президента Джона Кеннеди (со стороны Р. Павлик, Кеннеди был убит в 1963 г. Ли Харви Освальдом), кандидата в президенты и губернатора штата Алабама Уоллеса). Кроме того, по мнению авторов, оставшееся не раскрытым нападение 1968 г. на дом в то время кандидата в президенты США Рональда Рейгана могло быть осуществлено лицом с психическим расстройством.

Проанализировав материалы, связанные с покушениями на жизнь известных американцев, авторы обратили внимание на следующее: (1). Большинству, если не всем, таким нападениям со стороны лиц с психическими расстройствами, предшествовали предварительные сигналы в виде угроз, неподобающих писем или телефонных звонков, или визитов, однако, сигналы не всегда (а) распознавались, (б) сообщались тем, кому о них следовало знать и (с) правильно интерпретировались. (2). Каждый раз, когда известная личность была ранена или убита субъектом с расстройством психики, этот субъект находился на очень близком расстоянии от жертвы (исключение — убийство президента Кеннеди: Освальд стрелял примерно с 80 метров). (3). Лица с психическими расстройствами подходят к известным людям гораздо чаще, чем нападают. (4). Лица с психическими расстройствами пишут или звонят известным людям гораздо чаще, чем подходят к ним. (5). Если бы поведенческие науки научились предсказывать на основании изучения письменных обращений, кто из лиц с психическим расстройством подойдет к общественно значимой фигуре, это помогло бы предотвратить нападения, проведя целенаправленные действия в отношении конкретного субъекта.

По данным авторов, в США практически каждый случай нападения на общественно- значимую фигуру со стороны “одинокого незнакомца” (lone stranger) — работа субъекта с психической патологией, который подавал один или более предшествовавших атаке сигналов (неподобающие письма, визиты, заявления, сообщения третьим лицам о намерении атаковать). К сожалению, как замечают авторы, эти сигналы не во всех случаях были восприняты, а если и восприняты, то не всегда правильно оценивались теми, кто более всего нуждался в такой информации.

Авторы провели эмпирическое исследование двух популяций: лиц, преследовавших звезд индустрии развлечений и членов Конгресса США. В результате были идентифицированы 30 значимых различий между теми, кто писал голливудским знаменитостям и в последующем подходил к ним, и теми, кто писал, но не пытался физически приблизиться, и 36 различий между лицами, писавшими членам Конгресса США и

в последующем подходившими или не подходившими к ним.

Различия включали как факторы риска, так и протективные факторы. Используя полученные данные, авторы разработали и протестировали 7 шкал для предсказания приближения к публичным фигурам. В статье не приводятся детали, касающиеся композиции шкал, однако отмечается, что каждая из них тестировалась на 214 случаях, относящихся к голливудским знаменитостям, и 100 случаев, имеющих отношение к политическим деятелям, при этом были продемонстрированы достаточно высокие показатели чувствительности и специфичности (например, шкала для оценки лиц, писавших известным политикам, позволяла правильно классифицировать 83 % случаев ($p < 0001$)).

Авторами показано, что те, кто писал знаменитостям или политикам “письма ненависти” — письма, наполненные злобой, отвращением, угрозами, предпринимали попытки физически приблизиться к адресату значительно менее часто. Субъекты, посылавшие “непристойные письма” — письма пошлого, грязного, похотливого содержания, также подходили значительно менее часто. В противоположность этому, лица, которые в дополнение к письменным обращениям еще и звонили (множественные способы коммуникации) равно, как и те, кто выражал желание встретиться лично, подходили значительно более часто. Кроме того, вероятность физического приближения зависела от количества коммуникаций и возрастала с каждым последующим обращением, вплоть до десятого, после чего начинала уменьшаться.

Авторами было также установлено, что предыдущий подход повышает вероятность следующего: например, 34 % лиц, которые уже однажды физически приближались к знаменитостям, подходили и во второй раз; из подходивших дважды, 56 % подходили в третий раз.

Среди тех, кто подходил к звездам шоу бизнеса, наиболее часто встречались лица с чрезмерным ощущением собственной значимости или уникальности, проявлявшие большой интерес к продукции индустрии развлечений. Среди лиц, подходившие к конгрессменам, самую большую группу составляли находившиеся в психотическом состоянии (чаще бредовые идеи преследования, реже — эротический бред) социально изолированные субъекты, которые ранее неоднократно получали психиатрическое лечение. В то же время субъекты, писавшие конгрессменам письма, полные непристойностей, ненависти, мыслимых и немислимых угроз, обычно не пытались встретиться лично с адресатами своих писем.

Замечу, что приводимые авторами данные получены на основании исследований, ограниченных пределами США, и запуск исследований по теме в других странах и культурах имел бы результатом более полное понимание проблемы, повышение точности оцен-

ки вероятности нападений на знаменитостей из мира политики, бизнеса, развлечений, спорта и более эффективные меры профилактики подобных нападений.

В завершение обзора третьего номера Журнала, несколько слов о публикации под названием: **“Способность согласиться на сексуальные действия: понимание сущности сексуального поведения”** (Capacity to Consent to Sexual Acts: Understanding the Nature of Sexual Conduct). Авторы: P. Christopher и D. Pinals (университет штата Массачусетс). Статья показалась интересной, поскольку обсуждается важный для судебных психиатров вопрос: в чем конкретно должно выражаться или что должно включать в себя понимание сущности полового акта.

Верховный суд штата Северная Дакота в деле North Dakota v. Mosbrucker, 758 N.W. 2d 663(N.D. 2008) подтвердил признание Jeff Mosbrucker виновным в грубой сексуальной эксплуатации Jane Doe на том основании, что жертва из-за имевшихся у нее психических нарушений не могла понимать сущность полового акта. Суд решил, что такое понимание требует не только знания физической стороны coitus, но и его возможных рисков и последствий, включая болезни, передаваемые половым путем, и беременность.

В августе 2006 г. Jane Doe, 18 летняя девушка с признаками интеллектуальной недостаточности, вступила в половую связь с Jeff Mosbrucker. Dr. Craig DeGree — психиатр, наблюдавший Дое, сообщил об инциденте в полицию, т.к., по его мнению, его пациентка не могла сделать это добровольно “из-за отсутствия у нее психической способности” дать согласие, кроме того, она заявила доктору, что не намеревалась совершать половой акт с Mosbrucker. В июле 2007 г. Mosbrucker предстал перед судом по обвинению в грубом сексуальном обмане (gross sexual imposition). Dr. DeGree свидетельствовал в суде, что психическое развитие Дое соответствует психическому развитию ребенка 9 – 11 лет и она не понимала возможные последствия coitus (беременность, заражение болезнями, передаваемыми половым путем и т.д.). Присяжные признали обвиняемого виновным в грубом сексуальном обмане. Mosbrucker обжаловал судебное решение и дело рассмотрел Верховный суд штата.

Суд признал, что юрисдикции расходятся в интерпретации термина “понимание сущности сексуального поведения”. Хотя имеется общее мнение, что согласие подразумевает информированное, разумное и добровольное согласие, разные суды придают разный вес этим факторам. Суд отверг узкую интерпретацию, существующую, например, в штате Нью-Джерси, в соответствии с которой для юридически значимого согласия на половой акт достаточно понимания лишь физической стороны coitus и добровольности. Он также отказался принять существующую в нескольких штатах значительно более широкую интерпретацию, согласно которой “способность согласиться” включает в себя понимание моральных, социальных и меди-

цинских последствий полового акта. Заняв промежуточную позицию, суд решил (четверо судей — “за”, один — “против”), что для полноценного согласия достаточно знания практических последствий coitus, таких как беременность и передаваемые половым путем болезни.

Один из судей, согласившийся с решением большинства состава суда относительно виновности Mosbrucker, высказался за более узкую интерпретацию “понимания сущности полового акта”, приводя в качестве положительного примера стандарт, применяющийся в штате Нью-Джерси. Верховный суд штата Нью-Джерси указал, что способность понимания сути сексуального акта разделяется на “когнитивную способность”, где понимание относится только к физическим и физиологическим аспектам секса и не относится к его возможным серьезным последствиям (беременность, венерические болезни), и “волевою способность или способность согласиться”, которая включает в себя “осознание, что тело человека принадлежит этому человеку” и что человек “имеет право и возможность отказаться от участия в сексуальных действиях”. В то же время, по мнению судьи, Mosbrucker виновен даже при такой узкой интерпретации, т.к. потерпевшая не имела психической способности понимать, что могла сказать “нет”.

Другой судья, выразивший несогласие с решением большинства суда, в своем особом мнении писал, что большинство состава суда совершило ошибку, отказываясь признать, что суть полового акта определяется лишь его сущностной характеристикой — “механикой акта”. При такой узкой интерпретации показания психиатра Dr. De Gree относительно способности Дое согласиться на сексуальный акт не имеют юридического значения, т.к. вращаются вокруг вопроса, понимала ли Дое возможные последствия полового акта, но не акт сам по себе. Более того, как указал судья, показания Дое свидетельствуют, что она не только понимала физическую сущность полового акта, но также и то, что могла отказаться от его совершения, чего она не сделала, а потому не может рассматриваться в качестве жертвы грубого сексуального обмана.

Четвертый номер Журнала открывается статьей D. Grubin **“Полиграф и судебная психиатрия”** (The Polygraph and Forensic Psychiatry). Автор — профессор судебной психиатрии в университете Ньюкасла, Великобритания.

Как замечает автор, люди в общем-то плохо распознают ложь. В эксперименте вероятность, что средний человек правильно определит лжеца, обычно лишь чуть выше случайности и редко превышает 60 %. Так называемые “профессионалы” в выявлении лжи показывают в лабораторных условиях не намного лучшие результаты: частота распознавания обмана полицейскими, таможенниками, сотрудниками федеральных правоохранительных структур, судьями не

выше той, которую демонстрируют студенты университетов (исключение составляют агенты секретных служб, которые делают это несколько лучше, но и они ошибаются, как минимум в 1/3 случаев). В этом смысле, пишет автор, судебные психиатры вряд ли чем-то отличаются от представителей названных групп.

Полиграф, по словам автора, воспринимается многими как детектор лжи, но он не выявляет ложь. Специфический физиологический ответ на предъявление лжи никому пока что не удалось продемонстрировать, да и вряд ли он вообще существует. Вместо этого полиграф записывает физиологические проявления, связанные с возбуждением автономной нервной системы. Реакции, которые он измеряет, не являются специфичными для лжи, не всегда вызываются ею. Цель специалиста, производящего полиграфическое исследование, — индуцировать у испытуемого такое психологическое состояние, которое повысит вероятность того, что всякое регистрируемое возбуждение в ответ на специфические вопросы будет результатом стремления испытуемого скрыть правду. Является ли такое возбуждение следствием страха быть пойманным на лжи или “условным рефлексом” — усвоенным в процессе воспитания ответом на ложь, или оно обусловлено особенностью эмоциональных проявлений, или связано с необходимостью затрачивать большие усилия для когнитивной обработки данных в случае обмана, или вызывается каким-то другим механизмом, до сих пор неясно.

Как отмечает автор, не всегда принимается во внимание, что есть два важных результата полиграфического исследования. Часто предпочтение отдается выводам относительно правдивости-неправдивости испытуемого, однако не менее важной является информация, раскрываемая испытуемым в процессе исследования. По еще неясным и заслуживающим дальнейшего изучения причинам, полиграф, как представляется, облегчает процесс раскрытия информации, которой испытуемый ранее ни с кем не делился. Может быть потому, что полиграф — машина и в данной ситуации легче “сохранить лицо” при раскрытии чувствительной информации, может быть потому, что испытуемый чувствует потребность объяснить результат, свидетельствующий о его неправдивых ответах, может быть, потому, что он верит, что прибор всегда точно распознает ложь.

Что касается оценки точности распознавания обмана полиграфом то, как указывает автор, многочисленные исследования, проводившиеся и в лабораторных, и в полевых условиях, характеризуются очень большим разбросом результатов: от не превышающей случайность до 100 % точности (“монотемные” полиграфические исследования, т.е. когда задаваемые испытуемому вопросы не выходят за пределы одной темы, более точны, чем скрининговые “политемные”).

Автор приводит ряд интересных данных, связанных с работой специального комитета Национального научно-исследовательского совета. Работа Комитета началась после утечки секретной информации из центра оборонных ядерных исследований в Лос-Аламосе и фокусировалась на возможности использования полиграфа для проверки благонадежности сотрудников. В результате тщательного анализа литературы по теме Комитет оценил точность полиграфических исследований в 81 – 91 %, что “намного выше случайности, но намного ниже идеала” и пришел к заключению, что 10 – 20 % частота ошибочных результатов полиграфии слишком высока для использования метода в данном контексте. Большая популяция, которая должна была бы подвергнуться полиграфии, и ожидаемый низкий показатель обмана (в подобном учреждении может быть лишь мизерное количество “кротов”) привели бы к появлению слишком большого числа ложно-положительных результатов. Следует также учитывать, что шпионы, вероятно, получают серьезную подготовку в плане того, как можно обмануть полиграф. Члены комитета отметили, что применение полиграфа становится обоснованным и полезным в условиях, когда уровень обмана в популяции превышает 10 %. Как замечает автор, какова бы ни была ситуация в сфере безопасности, лишь немногие станут утверждать, что уровень обмана в популяции, с которой имеют дело судебные психиатры, ниже 10 %.

Еще один аспект проблемы — существование техник, позволяющих испытуемому перехитрить полиграф. В Интернете есть сайты, предлагающие советы, как это сделать. Однако, как замечает автор, чтобы преуспеть, нужно нечто большее, чем теория: необходима недоступная большинству обратная связь.

Полиграфия используется в различных областях и многие из споров относительно ее применения — результат игнорирования различий между этими областями. Одна из сфер, где применение полиграфа натолкнулось на серьезную критику, — проверка персонала учреждений. Как указывает автор, частный бизнес начал использовать полиграфию с 1930-х гг. В 1960-е годы стал применяться полиграфический скрининг при приеме на работу: необходимо было отвечать на вопросы о кражах у сослуживцев на прежнем месте работы, употреблении наркотиков, сексуальной ориентации, супружеской верности. Полиграфический скрининг стал многомиллионной индустрией, но отсутствие правовой регуляции в этой сфере приводило к серьезным злоупотреблениям и, по словам автора, “оставило у многих дурной привкус во рту”.

Вопрос приобрел особую остроту, когда президент Рейган, будучи, по его словам, “up to my keister in leaks” (колоритная фраза, в мягком переводе — “сыт по горло утечками информации”), попытался добиться проведения полиграфического тестирования всех имеющих доступ к секретной информации федераль-

ных служащих (включая членов его кабинета). Рейгановская инициатива встретила резкое противодействие. В последующем Конгресс принял в 1988 г. закон, запрещающий использование полиграфии для скрининга сотрудников частных компаний. Запрет, однако, не распространяется на государственные учреждения и многие федеральные агентства, полиция и армия используют полиграфию в качестве инструмента проверки благонадежности сотрудников.

Что касается применения полиграфии при расследовании уголовных преступлений, то до настоящего времени в большинстве штатов суды отказываются принимать в качестве доказательства по делу данные, полученные с помощью полиграфа. Как отмечает автор, в 1960-е гг. отмечались единичные случаи использования полиграфа для тестирования условно осужденных. В 1990-е гг. полиграфия получила широкое применение в программах мониторинга и лечения сексуальных преступников и к началу 2000-х гг. использовалась для этой цели в 35 из 50 штатов.

Автор ссылается на исследования, показывающие, что полиграфия помогает получать более полную и точную информацию о правонарушителе, жертвах его предыдущих преступлений, возрасте начала девиантного поведения, продолжающейся мастурбации в ответ на девиантные фантазии, вовлечении в “поведение высокого риска”.

Сексуальные правонарушители предпринимали неоднократные попытки оспорить в суде законность применения полиграфии в такого рода программах, утверждая, что полиграф принуждает их свидетельствовать против самих себя, что противоречит пятой поправке к Конституции США. Однако Верховный суд США отказался признать полиграфию одним из методов принуждения к самообвинению.

По мнению автора, использование полиграфа в программах наблюдения и лечения сексуальных правонарушителей — лучшая модель использования его в судебной психиатрии.

Другая статья, на которой хочу кратко остановиться, — **“Роль специалистов в области психического здоровья при решении вопроса о предоставлении заявителю политического убежища”** (The Role of Mental Health Professionals in Political Asylum Processing). Авторы (S. Meffert, K. Musalo, D. McNiel, R. Binder) — профессора и преподавателей Калифорнийского университета в Сан-Франциско. Я выбрал ее не потому, что тема актуальна для коллег здесь, в России, но потому, что в одном из ее разделов обсуждается важный для практикующего судебного психиатра вопрос: как комбинация ПТСР и принадлежности к иной культуре может создавать ложное впечатление неправдивости испытуемого.

Авторы обращают внимание, что офицеры иммиграционной службы или судьи могут рассматривать манеру заявителя держать себя, его внешний вид и поведение как свидетельство правдивости или неправ-

дивости его заявлений. Отсутствие у заявителя типичных для культуры страны (в которой он ищет убежище) эмоциональных реакций в ответ на травмирующие события (например, плача при воспоминании о личной трагедии) может восприниматься как доказательство его неправдивости, в особенности, если он при этом выглядит напряженным или тревожным. Судьи и сотрудники иммиграционных служб, как отмечают авторы, нередко не осведомлены, что подобного рода реакции могут быть проявлением имеющегося у заявителя ПТСР и что выявление травматических переживаний может быть затруднено в случае, когда заявитель и человек, принимающий решение по его делу, принадлежат к разным культурам. В частности, они могут не знать специфических эвфемизмов или механизмов “коллективного избегания”, используемыми общиной, к которой принадлежит заявитель. Авторы приводят следующий пример: рассказывая о выживших в Дарфурском геноциде (Западный Судан) женщинах, члены местной общины употребляли фразу: “Их не было несколько дней”, при этом никто открыто не говорил, что женщины были похищены мятежниками и подвергались постоянному сексуальному насилию, т.к. публичное признание факта изнасилования могло привести к изгнанию женщины из семьи.

Полагаясь на догму, что правда постоянна и что человек, переживший стресс, способен в деталях вспомнить происходившее с ним, лица, решающие вопросы предоставления политического убежища, в своих интервью с заявителями ориентируются на последовательность и детальность показаний собеседника: тот, кто не способен связно и подробно рассказать, что с ним происходило, рассматривается как не заслуживающий доверия.

Однако, как и поведение, последовательность и подробность изложения, замечают авторы, — плохие индикаторы правдивости. Травма может воздействовать на память таким образом, что оба эти параметра оказываются нарушенными. В соответствии с моделью “двойного представительства” психотравмы, воспоминания о травматических событиях могут быть как произвольными (типа “обратных кадров” (flashbacks), или, например, ночных кошмаров), так и произвольными (извлечение из памяти фактов и событий в словесном оформлении). Последние связаны с необходимостью затрачивать усилия, при этом, как показано в одном из исследований, более стрессогенные события связаны с большими затруднениями при их точном воспроизведении (по данным Morgan, Hazlett, Doran et al (2004), субъекты, подвергавшиеся допросам в атмосфере выраженного стресса, имели большие трудности в идентификации допрашивавших их лиц в сравнении с теми, кто подвергался “мягким” допросам).

Следующие две статьи представляют собой две части исследования, касающегося надежности диагностики в СПЭ по уголовным делам. Первая называ-

ются: “Надежность доказательств психиатрического диагноза после тяжелого преступления: часть I. Согласие между экспертами” (The Reliability of Evidence About Psychiatric Diagnosis After Serious Crime: Part I. Agreement Between Experts). Авторы: O. Nielssen, G. Elliott, M. Large — психиатры и преподаватели Университета Нового Южного Уэльса (University of New South Wales), Австралия.

Авторами были изучены 110 уголовных дел (убийства, вооруженные ограбления, похищения людей, поджоги, изнасилования и ряд др. серьезных уголовных преступлений), решения по которым были приняты судами Нового Южного Уэльса в 2005 – 2007 гг. В каждом из них имелись как минимум два письменных заключения психиатров или психологов относительно психического состояния обвиняемого. Общее количество анализируемых авторами психиатрических и психологических заключений составило 270. Из них 226 были написаны психиатрами, 44 — психологами. 148 заключений были даны экспертами, представлявшими сторону защиты, 122 — обвинения. Психиатрические диагнозы, как правило, формулировались согласно критериям DSM-IV.

Авторами обнаружен хороший и очень хороший уровень согласия между экспертами относительно следующих диагностических категорий: приобретенное мозговое повреждение (травматическое поражение головного мозга, деменция, мозговые нарушения, связанные с злоупотреблением алкоголем) — каппа коэффициент $K = 0,623 - 0,653$ (первое значение каппа отражает степень согласия между экспертами одной стороны, второе — между экспертами защиты и обвинения), психозы шизофренического спектра (шизофрения, шизофреноформное расстройство, шизоаффективное расстройство, бредовое расстройство, психоз БДУ) — $K = 0,737 - 0,630$, психотическое расстройство в результате злоупотребления наркотическими веществами и алкоголем — $K = 0,795 - 0,819$, интеллектуальная недостаточность (включая пограничную умственную отсталость) — $K = 0,751 - 0,845$, расстройство личности — $K = 0,555 - 0,607$. Умеренная степень согласия отмечалась в отношении диагноза депрессивного расстройства (большое депрессивное расстройство, дистимия, расстройство адаптации со снижением настроения) — $K = 0,381 - 0,476$. Низкий уровень согласия — при диагностировании тревожных расстройств (паническое расстройство, обсессивно-компульсивное, ПТСР) — $K = 0,187 - 0,144$, и в особенности ПТСР. Из 26 случаев, когда устанавливался диагноз ПТСР, согласие между экспертами обнаружилось лишь в двух (в одном — между двумя экспертами защиты, в другом — между экспертом защиты и экспертом обвинения), в остальных 24 лишь один эксперт защиты устанавливал этот диагноз.

Как отмечают авторы их первоначальное предположение, что уровень согласия между экспертами од-

ной стороны (только защиты или только обвинения) будет выше, чем между экспертами, представляющими противоположные стороны, не нашло подтверждения. Также не нашла подтверждения и первоначальная гипотеза, что уровень согласия между экспертами одной профессии (психиатр с психиатром или психолог с психологом) будет выше, чем между экспертами, представляющими различные профессии (психиатр и психолог). Авторы также отмечают более высокий уровень надежности диагнозов, устанавливаемых психиатрами и психологами в процессе экспертизы по уголовным делам в сравнении с гражданскими делами. По их мнению, это связано с несколькими обстоятельствами, в т.ч. с характером психических расстройств, выявлявшихся у обвиняемых в серьезных уголовных преступлениях. Многие из таких обвиняемых имели тяжелые формы шизофрении — заболевания, которое диагностируется более надежно, чем непсихотические расстройства. Другая причина — выбор экспертов. В уголовных делах и обвинения и защита, как правило, выбирают для себя экспертов из группы опытных психиатров, которые одновременно занимаются и судебно-психиатрической, и клинической практикой, и которые выступают в качестве экспертов то стороны обвинения, то защиты. В гражданских делах экспертами являлись психиатры, оставившие клиническую практику и занимавшиеся исключительно судебно-психиатрической экспертной работой, которые выступали в качестве экспертов обычно лишь одной стороны (только истца или только ответчика). Кроме того, эксперты, занятые в гражданских делах, реже подвергаются перекрестному допросу.

В заключение авторы приходят к следующему выводу: психиатрические диагнозы, устанавливаемые экспертами (психиатрами и психологами) в процессе экспертизы по уголовным делам, в целом надежны. Исключение составляет диагноз ПТСР, либо потому, что не имеет существенного значения при установлении вины подсудимого и назначении наказания, либо потому, что существующие диагностические критерии не позволяют точно диагностировать ПТСР в судебной ситуации.

Во второй своей статье авторы анализируют уровень согласия относительно психиатрических диагнозов между экспертами и лечащими врачами при СПЭ лиц, совершивших серьезные уголовные преступления. Хороший уровень согласия (каппа (K) 0,6) продемонстрирован при диагностике приобретенного мозгового нарушения, психозов шизофренического спектра, депрессивных расстройств, расстройств личности, интеллектуальной недостаточности, злоупотребления веществами, вызывающими зависимость. Удовлетворительный ($K = 0,2 - 0,4$) — в отношении психотического расстройства в результате злоупотребления наркотическими веществами и алкоголем (в ряде случаев лечащими врачами диагностирова-

лись психотические расстройства шизофренического спектра). Низкий уровень согласия ($K < 0,2$) — в случае тревожных расстройств, в особенности ПТСР.

Практически вся вторая половина четвертого номера Журнала посвящена **Говарду Зонане (Howard Zonana)** и его вкладу в развитие американской судебной психиатрии. Доктор Зонана — профессор психиатрии в медицинской школе Йельского университета, создатель программы по психиатрии и праву в этом университете и самой крупной в США годичной программы специализации по судебной психиатрии для психиатров-резидентов. На протяжении последних 15 лет он является медицинским директором Американской академии психиатрии и права.

Восемь статей дают достаточно полное представление о Зонане — враче, клиницисте, исследователе, учителе, лидере, семьянине, отце. Среди авторов и признанные авторитеты, и доктора, лишь начинающие судебно-психиатрическую карьеру.

Мне показались наиболее интересными две статьи. Небольшая цитата из написанного Кеннетом Аппельбаумом (Kenneth Appelbaum) — профессором психиатрии в университете штата Массачусетс: «Лишь горстка современных судебных психиатров внесла клинический и научный вклад, сравнимый с

вкладом Зонаны. Немногие, если таковые вообще имеются, достигли равной ему широты и глубины понимания ответственности лидера. Доктор Зонана играл центральную роль во всех организациях, чья поддержка была критически необходима для признания судебной психиатрии в качестве медицинской специальности. Это выдающееся достижение для человека, который произвел на свою будущую жену, когда они впервые встретились около 50 лет назад, впечатление “привлекательного, робкого и довольно нерешительного молодого человека”».

Еще одна цитата из статьи Ричарда Банни (Richard Bonnie) — директора института права, психиатрии и государственной политики Вирджинского университета: “Вы можете многое сказать обо мне, лишь взглянув на мой темный костюм и светло-синий галстук. Что бы вы сказали о Говарде, глядя на его небрежно повязанный галстук, неизменный рюкзак, лысеющую макушку в оправе вьющихся волос? Определенно, заядлый путешественник. Возможно, профессор английского в Йеле. Но психиатр?! Судебный психиатр?!”. Отмечая мягкость, глубину мысли и скромность Зонаны, Банни, знающий его более 30 лет, называет своего героя “Далай Ламой судебной психиатрии”.

**II Международный конгресс
по дуальным расстройствам:
зависимое поведение и другие психические расстройства**

5 – 8 октября 2011 г., Барселона, Испания

mcasas@vhebron.net; www.cipd2011.com

Случай клинической психотерапии тревожного расстройства личности с преобладанием ипохондрии

А. С. Иговская¹

Описан случай клинико-психотерапевтической работы с пациенткой с тревожным расстройством личности с преобладанием ипохондрии по модифицированному варианту Терапии творческим самовыражением М. Е. Бурно (ТТСБ). В результате проведенного лечения отмечалось явное клиническое (с помощью клинико-психотерапевтического исследования) улучшение больной и налицо было снижение различных показателей по психометрическим шкалам, наступила стойкая компенсация тревожного расстройства личности.

Ключевые слова: Терапия творческим самовыражением, тревожное расстройство личности, психастенические переживания

Е. Kahn в 1298 г. [цит. — 7], один из первых сказал об ипохондрии как о возможном проявлении психопатии. У нас о “привычных ипохондрических состояниях у конституциональных астеников” писал П. Б. Ганнушкин [8], отличая эти состояния от довольно острых “реактивных ипохондрий” у астеников и эмоционально-лабильных циклоидов.

В публикации Американской психиатрической ассоциации (2001) отмечено, что медикаментозное лечение расстройств личности не является реалистичным — “лекарства не излечивают характер” [цит. по 10]. Согласно представлениям многих современных авторов (например, Linehan M. M. et al (1993; 1994); Dolan B. (1994); Bachar E. (1998)) именно психотерапия является приоритетным патогенетическим методом при лечении специфических расстройств личности (СРЛ), в том числе с преобладанием ипохондрии [10]. Работы в которых рассказывается практика клинической психотерапии СРЛ, в том числе с преобладанием ипохондрии, сколько можем судить, появились впервые в нашей стране. Это прежде всего работы С. И. Консторума [9]. Говоря о психастенической личностной ипохондричности, “питающейся” “вегетативно-вазомоторными нарушениями” (метеоризм, потливость и пр.), Консторум убежден в том, что такому пациенту требуется — “единственно и только психотерапия — разъяснение и активирование” (разрядка наша — А. И.). Разъяснение — в широком понимании: “от элементарного ознакомления с физиологическими процессами до широкой психагогической работы, направленной на перевоспитание личности” с “развенчиванием субъективной

значимости тяжелых переживаний объективным пониманием присущих им закономерностей”. Считаем нужным привести здесь важное консторумское высказывание о психастениках. “Эти больные прежде всего одиноки. Они одиноки, не имея возможности ни с кем поделиться, ибо переживаемая ими ситуация в их сознании глубоко унижительна. Они неизбежно эгоцентричны именно потому, что переживаемая ситуация представляется их сознанию исключительной, уникальной. Как удачно выразился пациент ..: “Я совершаю каждый день 80 000 верст вокруг самого себя!” [9]. Добавим: и, в том числе, “вокруг самого себя” в своих тревожных ипохондрических переживаниях.

Важным и для нашей психотерапевтической работы представляются труды М. Е. Бурно (1973 – 2008) [1 – 5], подробно описавшего строй психастенического склада с мироощущением реалистичности, с чувственно-блеклой изначальной тревожной дефензивностью, мягкой деперсонализационностью. Блеклостью чувственности, компенсируемой, по возможности, углубленным реалистическим анализом, сплетенным из патологических тревожных сомнений. Пациент стремится аналитически разобраться в том, чего не чувствует эмоционально. Автор вывел из специфического психастенического ядра разнообразные психастенические переживания — ипохондрические, нравственно-этические, трудности общения, вследствие застенчивости — и указал возможности клинико-психотерапевтической помощи. Наш клинико-психотерапевтический материал — пациенты с тревожным расстройством личности (F 60.6): 31 случай — в основной группе, 26 — в группе сравнения [6].

Приводим случай клинико-психотерапевтической работы с пациенткой с тревожным расстройством лич-

¹ Наркологический диспансер № 1 г. Москвы; кафедра психотерапии и сексологии РМАПО.

ности с преобладанием ипохондрии по нашему методу — варианту Терапии творческим самовыражением М. Е. Бурно (ТТСБ). Особенности нашего варианта кратко выражаются в следующих моментах: 1) адаптированный (без усложнений) подход (в том числе врачом — соматологом) к изучению с пациентами их психопатологических расстройств и характерологических радикалов (с погружением в разнообразное творчество); 2) клиническое “дробление” нашего метода-варианта на краткие эмоционально-яркие методики; 3) Усиленное содержательное звучание в занятиях с пациентами медицинских (“соматических”) тем.

Пациентка Т., 1962 г.р. (46 лет) по профессии преподаватель французского языка. На момент первого осмотра работает частным образом, на дому. Обратилась в апреле 2007 года.

Жалобы на страх заболеть онкологическим заболеванием (сапсег щитовидной железы), периодически возникающие тревожные опасения по поводу своего здоровья, чувство собственной неполноценности и ранимости, сопровождающееся тревогой. Постоянно обследуется у соматологов разных специальностей. Испытывает трудности общения с людьми из-за острой застенчивости.

Наследственность. Наследственность психопатологическими заболеваниями не отягощена.

Anamnesis vitae et morbi. Мать пациентки родила ее в 29 лет, в срок. Т. помнит себя с 3-х летнего возраста, когда, робкая, застенчивая, “не любила, боялась находиться в яслях”, хотелось играть дома. Когда пациентке было 5 лет, ее оставили в ночной группе, где она испытала душевное напряжение, страхи, плакала, не спала. В школе, у доски часто испытывала “оцепенение”. Считала себя душевно неяркой, маловыразительной, замыкалась у доски, из-за чего страдала, так как получала оценки ниже, чем заслуживала. Считала себя очень застенчивой; особенно стеснялась, когда появились вторичные половые признаки (11 лет). В школьном возрасте ее беспокоили тяжелые, тревожные предчувствия (что-то может случиться нехорошее с ее близкими), характерные впоследствии для нее на протяжении всей жизни; а также переживания по поводу “правильности” своих поступков. Росла начитанной, особенно любила прозу А. П. Чехова (“Чехова прочла почти целиком”). Также любила читать Л. Н. Толстого, К. Паустовского. Долго внутренне анализировала прочитанное. С 14 лет до замужества вела дневник, в котором выписки из любимых авторов чередовались с личными размышлениями Т. на нравственно-этические темы, “самокопанием”. Память всегда была “обширная, но не отчетливая”. В 17 лет, после смерти отца впервые почувствовала головные боли, сопровождающиеся тревожными опасениями за свое здоровье (опасалась заболеть лейкозом, узнав у кого-то об этой болезни). Обратилась с этими тревогами к неврологу, который поставил ей диагноз: “Вегето-сосудистая дистония”. В 18 лет познакоми-

лась с будущим мужем. “Особых чувств” к нему не испытывала, встречалась и переписывалась с ним ради “спортивного интереса”. Вышла замуж в 21 г, к мужу испытывала слабое физическое влечение. Несмотря на то, что родители видели в ней преподавателя музыкальной школы, стремилась и поступила в Педагогический институт изучать иностранный язык. Во время беременности (22 года) испытывала страхи о том, что ее ребенок будет “ненормальным” по причине ее “ненормальности”. Все же могла тогда отвлекаться от тревожных опасений практическими делами. В 27 лет, в конце второй беременности, тревожась, что ей уже много лет, отмечала у себя страхи, доходящие до ужаса, с головной болью, за свое здоровье и здоровье ребенка. После окончания института Т. пригласили работать на должность синхронного переводчика в серьезное учреждение. Пройдя все собеседования успешно, отказалась проходить медицинское обследование (из-за страха, что при обследовании выявят какое-либо серьезное соматическое заболевание). Таким образом, отказалась от высокооплачиваемой должности, устроилась в школу учителем, хотя после своего отказа испытала чувство недовольства собой с тягостным переживанием своей неполноценности. Проработав учителем 3 года, уволилась из-за “трудных” для нее отношений в коллективе. Трудности выражались во внутреннем беспокойстве при общении с коллегами, в неловкости, не могла смотреть в глаза собеседнику, навязчиво наблюдая за собой, чувствовала испуганность в своем взгляде, теряла мысль. Застенчивая, робкая по характеру делалась упорной в достижении цели, подробно анализировала ситуацию, когда угрожала ей серьезная жизненная неудача. В 2002 году бабушка пациентки умерла от инфаркта миокарда. Т. испытала сильный стресс, появился острый страх, что у нее тоже может развиться инфаркт миокарда, что умрет. При малейшей тревоге чувствовала учащенное сердцебиение, считала свой пульс, пугалась, неоднократно вызывала скорую помощь. Обращалась в поликлинику к кардиологу с целью исключить у себя инфаркт миокарда, тщательно обследовалась. В тот период была направлена в дневной стационар клиники неврозов. Присутствовала на консилиуме врачей, где не могла произнести “ни слова”, замкнулась, испытала чувство стыда за себя, за свои подробные тревожные опасения по поводу нездоровья. В дальнейшем декомпенсации возникали при болезни родственников и сопровождались острой тревогой за их жизнь, а также тревожными опасениями за свое здоровье, страхом заболеть серьезным соматическим заболеванием.

Психический статус при поступлении. Выглядит соответственно своему паспортному возрасту. Одета опрятно, скромно. В присутствии врача застенчиво напряжена, трудно смотреть в глаза, говорить, все время извиняется. Сидит в неестественной позе, иногда поправляет волосы на голове, но делает это

мягко, без оттенков геометричности, манерности. “Каждый раз встреча с новым врачом — испытание”. Успокаивается через 10 минут разговора, становится естественнее. Себя характеризует как “мнительную, застенчивую, сомневающуюся, слабую, подверженную страхам” женщину. Считает, что главная проблема — тревожный, анализирующий каждую ситуацию “трудный характер”. Считает, что “сама себя тревожно-аналитически накручивает”. К врачам все-таки ходит, “чтобы убедиться, что нет серьезного заболевания”. Свои особенности считает “ненормальными”, иронизирует — “как еще муж терпит”. Алкоголь употребляет редко и помалу, опасаясь за свое здоровье (“вдруг это мне навредит”). Деликатна, вежлива, болезненно совестлива. Из литературных предпочтений останавливается на А. П. Чехове, его ранних рассказах и пьесах. “Трудно и страшно читать Достоевского”. В последнее время читает Библию, находит в ней утешение, цитирует Экклезиаста. Очень подозрительна в том отношении, что плохо о ней думают, считают ненормальной. Отмечает потребность выговориться людям, которые способны ее понять. К себе и своему состоянию относится с полной критикой, настроена на лечение. Психотической симптоматики не обнаруживается.

Экспериментально-психологическое исследование (психолог Левадо О. Т.)

Заключение. Структура эмоционального состояния и личности в настоящее время представляется лишь дисгармоничной, несбалансированной.

Заключение невролога. Знаков органического поражения ЦНС не выявлено.

Заключение терапевта. Знаков органической патологии со стороны внутренних органов не выявлено, патологии не наблюдается.

Дополнительное клиническое обследование (шкалы, опросники): выраженность тревоги (измеряемой по шкале Гамильтона) — 18 баллов, что говорит о присутствии симптомов тревоги. В тесте Спилбергера: общая тревожность — 44 балла. Реактивная — 55 баллов. Краткий характерологический опросник (М. Е. Бурно) [4]: В структуре характера преобладает психастенический (тревожный) радикал.

Клинико-психологический стресс-тест Вл. Иванова (Болгария) (дифф. диагностика с шизофренией) не выявил характерных для шизофрении нарушения идентификации, амбивалентности, амбитенденности, параноидной симптоматики, резонерства, отсутствие эмоционального отклика, несоответствующего отношения к себе. Не подтверждается наличие эндогенной депрессии. Выявляется характерная для невротического (психопатического) регистра повышенная эмоциональная реактивность.

Тест ММРІ: доминирует шкала, ипохондрии, вторая по выраженности шкала психастении (тип профиля PtPd).

Диагноз: по МКБ-10 — “Тревожное расстройство личности (F60.6) + Ипохондрическое расстройство (F45.2)” Клинический классический диагноз: “психопатия психастенического круга, декомпенсация прежде всего ипохондрической структуры”. Ипохондрические патохарактерологические реакции, не выходя за рамки невротического круга расстройств (тревожные опасения, сомнения за свое здоровье, вегетативные дисфункции, нозофобии).

Обоснование диагноза. Учитывая данные анамнеза, клинического, клинико-психометрического исследования, соматического, неврологического, экспериментально-психологического методов исследования, в данном случае целесообразно говорить о том, что состояние Т. следует расценивать как психастеническую психопатию с декомпенсациями ипохондрической структуры. Присутствие у Т. таких личностных черт, как психастенические особенности мышления и чувствования, особенности поведения, характеризующего тревожностью, мнительностью, робостью, боязливостью, нерешительностью, совестливостью, неуверенностью, ранимым самолюбием, застенчивостью, стремлением думать о себе хуже, чем есть на самом деле, боязнью ответственности и принятия решения, позволяет считать Т. психопатической личностью психастенического склада. Т. присуща также склонность к тревожным нравственно-этическим переживаниям, размышлениям и исканиям (с преобладанием тревожно-земных, нравственно-этических переживаний), склонность к тягостному тревожному самоанализу, “сплетенному” из патологических сомнений. По поводу межличностных отношений, с самообвинениями, с нравственно-этическими переживаниями, по поводу житейских неприятностей, по поводу благополучия и здоровья близких, но прежде всего — переживаний ипохондрического содержания. Подтверждают диагноз также склонность к созвучному “психастеническому” искусству; психастеническая основательность-“научность”; психастеническая тревожность-инертность в “психастенической пропорции” (деперсонализационное онемение чувства и склонность к тревоге); психастеническая нерешительность-напряженность; психастеническая рассеянность (как следствие инертной внутренней сосредоточенности на каких-то наблюдениях, мыслях, переживаниях); психастеническая непрактичность (основанная на инертности, неловкости, рассеянности); психастенические щепетильность, “сверхтактичность”; трудности в общении с людьми из-за опасения произвести плохое впечатление. Характерологический конфликт чувства неполноценности с ранимым самолюбием проникнут “второсигнальностью” (преобладанием интеллектуально-аналитического размышления на фоне блеклой чувственности), обуславливающей перечисленные выше тревожный тягостный самоанализ, тревожные нравственно-этические переживания, размышления и искания, патологические сомнения.

Декомпенсация психастенической психопатии в данном случае подтверждается также следующими отдельными психопатологическими симптомами и синдромами: конституциональная психастеническая склонность к астеническим состояниям (т.е. истощающейся раздражительности с вегетативными дисфункциями, что у пациентки выражается в истощаемости, усталости, раздражительности, несдержанности, вегетативные дисфункции (сердцебиение, “игра” сосудов (головная боль с ощущением надетой шапки, неприятные ощущения в разных частях тела).

Следует заметить, что декомпенсации у Т. были и раньше (в пубертатный период, в юности); кроме того, более или менее выраженные субкомпенсации имели место при переутомлении физическом или интеллектуальном, невыполненных обязательствах, обстоятельствах, увеличивающих ответственность.

Дифференциальный диагноз. Учитывая известную схожесть клинических проявлений психастенической психопатии в стадии декомпенсации с клиническими проявлениями психастеноподобных расстройств при шизофреническом процессе, в первую очередь следует провести дифференциальную диагностику между психастенической психопатией и шизотипическим расстройством. Проводилась также дифференциальная диагностика с астенической психопатией (в силу известного сходства с ней, т.к. обе эти психопатии имеют конституциональный астенический характерологический конфликт чувства неполноценности с ранимым самолюбием). Следует провести дифференциальную диагностику с дистимией и циклотимией. Не укладывается и данное СРЛ (вариант психопатии) у Т. ни в ананкастное СРЛ (отсутствие перфекционизма, чрезмерной добросовестности, истинных навязчивостей (не тревожных сомнений) и т.д.), ни в зависимое СРЛ (отсутствие страха неспособности к самостоятельной жизни и т.п.). Дифференциально-диагностическими критериями, подтверждающими наличие психопатии, а не шизотипического расстройства, дистимии, циклотимии является следующие.

Тетрада П. Б. Ганнушкина [8]: 1. Наличие патологических свойств личности, дезадаптирующих человека в обществе; 2. Стойкость патологических свойств личности, с возможностью компенсации и декомпенсации: на протяжении всего жизненного пути указанные характерологические свойства имели место; в зависимости от того, насколько удавалось Т. найти щадящую, благоприятную для своих личностных особенностей обстановку (не требующую физического или интеллектуального переутомления, дополнительных обязательств и обстоятельств, увеличивающих ответственность), Т. была более или менее компенсирована; 3. Тотальность патологических свойств личности, пронизывающих личность в целом (у пациентки тотально-психастенически изменен весь склад личности: мышление, чувство, поведение) и в

любой обстановке с детства она обнаруживала рано или поздно свой патологический склад характера;. 4. Врожденность указанных патологических, стойких, тотальных свойств личности: с детства была тревожно-сомневающейся со склонностью к тревожному самоанализу, неуверенной в себе, нерешительной, застенчивой, робкой; еще в дошкольном возрасте ее беспокоили тяжелые тревожные предчувствия (что-то может случиться нехорошее с ее близкими); всегда была, кроме того, тревожно-тягостная неуверенность в своих чувствах, усиливающая нерешительность.

Таким образом, это, выражаясь классически-клинически, не акцентуация характера, а психопатия: при акцентуациях имеет место фрагментарность, изолированность выраженных черт характера в рамках здоровья; в данном же случае мы имеем дело именно с патологическими личностными чертами, пронизывающими личность в целом.

От дистимической депрессии данное состояние отличается прежде всего тем, что отсутствуют такие характерные для дистимии признаки, как отчетливые нарушения сна (неглубокий непродолжительный сон или повышенная сонливость), нарушение аппетита (снижение или, наоборот, его повышение). В беседе и в дальнейшем наблюдении не выявлялось чувство безнадежности или подавленности, характерное для дистимических депрессий. Первостепенное значение при установлении диагноза “циклотимии” (даже при мотивированной манифестации патологически измененного аффекта) имеет оценка выраженности витального симптомокомплекса, подчиненности расстройства правильному суточному ритму, предпочтительных для циклотимии черт гипертимического или циклоидного темперамента, а также стертых аффективных фаз в манифестном периоде. Основой диагностического суждения в этих случаях является характер динамики депрессивного или гипоманиакального синдрома с появлением аутохтонных фазовых расстройств или переходом в хроническое непсихотическое аффективное расстройство (хроническая гипомания, кататимическая дистимия) [11]. Типичным признаком заболевания становится снижение чувствительности к психогенным воздействиям, отражающее смену реактивной лабильности аутохтонной (Kleist K., 1918) [12].

Основные составляющие лечебного процесса. На первых индивидуальных встречах Т. много рассказывала о своих тревогах, снять которые на короткое время удавалось в спокойной убеждающе-успокаивающей беседе с разъяснением результатов лабораторных и функциональных исследований, внушая веру в отсутствие на сегодняшний день серьезного заболевания, объясняя пациентке ее тревожность, как ее личностную, конституциональную особенность. Благодаря подробным беседам об ипохондричности, тревожности, происходящим из характерологических особенностей, пациентка успокаивалась, оживлялась, становилась доверительнее к психотера-

певту, что позволило убедить ее в необходимости посещать групповые занятия Терапии творческим самовыражением. С охотой приняла совет изучать книгу «О характерах людей» М. Е. Бурно. Т. с большим пониманием отнеслась к приглашению на занятия ТТС, благодарно отзывалась на любое психотерапевтическое усилие врача, с предельной серьезностью помогала врачу проанализировать свою душевную жизнь. Так же серьезно, вдумчиво стала изучать предложенную психотерапевтом медицински-просветительную литературу по типологии характеров, делала выписки, активно делилась своими мыслями и наблюдениями; впоследствии с интересом и чувством, пониманием созвучия читала «психастеническую» прозу. С первых же индивидуальных занятий стала отмечать явное, но не стойкое улучшение. Пришла к выводу, что кропотливыми психотерапевтическими занятиями можно помочь психастенику в общении с собой и людьми.

В группе внимательно относилась к другим пациентам, вдумывалась и вчувствывалась в их несчастья и проблемы; во время разбора творчества других старалась подбодрить ранимых, найти хорошее и неповторимое в их работах, отмечалось у нее чувство юмора. «Прочувствовала», «прожила» групповые занятия, сообразные (адекватные) групповой терапии творчеством по нашему варианту ТТСБ: «Солнце, деревья и травы за окном психотерапевтической гостиной», «Кошка и собака», «Материалист и идеалист», «Чтобы собрать свое «Я», «К особенностям переживания природы психастеником» и многое другое [3]. Подготовила несколько докладов по собственной инициативе. При этом сама ощутимо нуждалась в одобрении и тонкой поддержке со стороны психотерапевта (впоследствии получала достаточноную поддержку со стороны группы). А. П. Чехов — «нахожу в его душевных трудностях много своих: также тревожна, часто сомневаюсь, боюсь смерти, меня также тяготит бездеятельность, не могу нередко радоваться». В отношении своей застенчивости повторяла терапевтически важное конструкторское положение о том, что люди часто относятся к застенчивому человеку совсем не так плохо, как он о себе думает, порой восхищаются им в тот самый момент, когда он клянет себя [9, стр. 127] Написала рассказ про своего кота, которого «нашла у входной двери». В рассказе звучала теплота, стройность фраз, положительные эмоции, высветилось нежное отношение к «найденному необычному котенку». Нашла способ бороться с тревогой в транспорте. Всегда возила с собой блокнот и ручку и при тревожных состояниях описывала «все, что перед глазами», улавливая тонкие детали. В основном описывала людей, которых видела «перед глазами». На занятиях старалась найти ответ на вопрос: «что именно помогло ей снять тревогу тем или иным способом». Была важна поддержка группы, живое обсуждение. Благодаря своему созвучию с

А. П. Чеховым Т. удалось передать в своем сообщении на группе атмосферу жизни писателя, его сложного духовного мира и внутреннего мира его героев, особенности его творчества и личностных контактов, что, безусловно, было ценно для понимания группой психастенического характерологического радикала. В процессе терапии увлеклась рукоделием — вышивала цветы в букете; научилась рисовать. Ей было дано задание составить собственную родословную в духе ТТС, после чего она почувствовала в себе психастенические черты характера (тревожные опасения и сомнения, природную деликатность). В последующем всегда носила с собой небольшой блокнот, где описывала «окружающую действительность», «когда голова занята анализом сиюминутного происходящего — не остается времени тревожиться». В ходе занятий выявилось особое отношение Т. к природе (впервые ею отчетливо, благодаря другим членам группы, осознанное в группе ТТС; сочетающее в себе органичное слияние стремления к научному познанию и эстетического переживания, тревожно-нравственное созвучие с «робким», «беспомощным», «добрым», «нежным» в природе с лирически-трезвым отношением к ней.

После 3-х месячного курса ТТС (наш вариант ТТСБ) и тесного общения с другими пациентами отметила у себя явное улучшение, считала, что благодаря Терапии творческим самовыражением стала лучше понимать себя, своих детей и мужа, научилась принимать болезнь матери, поняла ее характер и разногласия с ней в течении жизни. Научилась самостоятельно снимать тревогу в транспорте, быстро засыпать ночью, поддерживать свое чувство юмора в любой ситуации. Благодаря всему этому, обрела элементы творческого стиля жизни: большую часть времени испытывала состояние творческого вдохновения или способна была достаточно легко в творчестве войти в это состояние оживления души, теснящего ипохондрии. Уже не опасается ходить к врачу, хотя по прежнему еще тревожится о результатах обследования.

Таким образом, в ходе лечения по варианту метода ТТСБ наступила, по-видимому, стойкая компенсация, редуцировалась ипохондрическая симптоматика. В процессе терапии творческим самовыражением осознала глубинную связь застенчивости со всем своим характерологическим складом, который стала теперь серьезно уважать, как основу своей душевной сложности, творческой тонкости.

Катамнез (2 года). Беседа с Т. через год показала, что пациентка научилась еще надежнее «успокаивать себя», нашла и «свои» методы «принятия себя», своего характера. Отметила у себя снижение тревожности, легче стала принимать сложные жизненные ситуации (с чувством собственного достоинства и трезвым отношением к действительности). Когда умерла мать пациентки, Т., «к своему удивлению», достойно справилась с горем, уверена, что «раньше не пережила бы

этот факт”. Проживает в ладу с мужем и сыновьями. Продолжает встречаться с пациентами, с которыми познакомилась в группе ТТС. Считает, что “эта дружба — уникальна”. Пишет эссе о знакомстве с группой и психотерапевтом. Ведет дневник и рисует. Считает, что “выросла из своих болезней”. В результате проведенного лечения отмечалось явное клиническое (с помощью клинико-психотерапевтического исследования) улучшение состояния больной и налицо было снижение различных показателей по психометрическим шкалам. Очевидно стало, что это довольно стойкая компенсация тревожного расстройства личности.

Оценка эффективности — ближе к достаточно высокой степени, т.к. пациентка в настоящее время более не нуждается в помощи психотерапевта.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бурно М. Е. К уточнению клинического понятия “психастеническая психопатия” (краткая история и современное состояние вопроса) // Журнал невропатол. и психиатрия им. С. С. Корсакова. 1974. Т. 74. № 11. С. 1726 – 1742.
2. Бурно М. Е. Терапия творческим самовыражением. — М.: Медицина, 1989. 304 с.
3. Бурно М. Е. Клиническая психотерапия. Академический проект. 2006, 550 с.
4. Бурно М. Е. Краткий характерологический опросник (М. Е. Бурно) // Успехи теоретической и клинической медицины: Материалы научных исследований Российской медицинской академии последипломного образования. Вып. 7, т. 2. — М.: РМАПО, 2007. С. 158 – 160.
5. Бурно М. Е. О характерах людей (психотерапевтическая книга). Изд. 3-е испр. и доп. — М.: Академический Проект; Фонд “Мир”, 2008. 639 с.
6. Бурно М. Е., Иговская А. С. Психотерапия пациентов с расстройствами личности, характеризующимися преобладанием ипохондрии. Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова, 12. 2008. С. 34 – 38
7. Волель Б. А. Небредовая ипохондрия (обзор литературы). // Психические расстройства в общей медицине. 2009. № 2. С. 49 – 63.
8. Ганнушкин П. Б. Клиника психопатий. Их статика, динамика, систематика. — М.: Север, 1933. 143 с.
9. Консторум С. И. Опыт практической психотерапии / Под редакцией Н. В. Иванова, Д. Е. Мелихова. 2-е изд. — М., 1962. 224 с.
10. Короленко Ц. П., Дмитриева Н. В. Личностные и диссоциативные расстройства: расширение границ диагностики и терапии: Монография. Новосибирск: изд. НГПУ, 2006.
11. Тиганов А. С. Руководство по психиатрии в 2-х томах. Т. 1,2 / Под ред. А. С. Тиганова. — М.: Медицина, 1999.
12. Кенуон F. E. Hypochondriacal states. // Br. J. Psychiatry. 1976. V. 129. P. 1 – 14.

Международный конгресс
Всемирной психиатрической ассоциации
ДОСТУПНОСТЬ, КАЧЕСТВО И ГУМАННОСТЬ ПОМОЩИ
17 – 21 октября 2012 г., Прага, Чехия
Wpaic2012@guarant.cz; www.wpaic2012.org

Судебная проверка обоснованности решения органа опеки и попечительства о помещении недееспособного лица в ПНИ

Д. Г. Устинов, юрист

Настоящая статья направлена на преодоление правового вакуума, четко обозначившего свои границы после выявления конституционно-правового смысла ч. 1 ст. 41 Закона РФ “О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании”.

С учетом правовой позиции, выраженной КС РФ в *Определении от 19 января 2011 года №114-О-П* по жалобе гражданина Ибрагимов Азамата Ишмуратовича на нарушение его конституционных прав положением части первой статьи 41 Закона Российской Федерации “О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании”, помещение недееспособного лица в психоневрологическое учреждение для социального обеспечения (далее — ПНИ) должно осуществляться на основании решения суда, т.е. одного решения органа опеки и попечительства (далее — ООиП) недостаточно для помещения недееспособного лица в ПНИ.

Само судебное решение здесь выступает в качестве своеобразной формы контроля за обоснованностью решения ООиП и служит гарантией соблюдения права недееспособного гражданина на свободу и личную неприкосновенность (ст. 22 Конституции РФ) и права на свободу передвижения, выбор места пребывания и жительства (ст. 27 Конституции РФ).

Аналогичная правовая позиция была выражена КС РФ также в *Определении от 8 февраля 2011 года № 120-О-О* по жалобе гражданина Егорова Александра Борисовича на нарушение его конституционных прав ч. 1 ст. 41 Закона Российской Федерации “О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании”, ч. 2, 3 и 4 ст. 9 и ч. 1, 2 ст. 15 Федерального закона “О социальном обслуживании граждан пожилого возраста и инвалидов”. Теперь дело за федеральным законодателем. Предстоит внести изменения и дополнения в ГПК РФ и Закон РФ “О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании” (далее — ЗоПП), а также в ряд других нормативных правовых актов.

Возникает вопрос: “Как уже сейчас обеспечить судебную проверку обоснованности решения ООиП о помещении недееспособного лица в ПНИ до внесения изменений и дополнений в ГПК РФ и ЗоПП?”

Действительно, ждать когда законодатель внесет изменения и дополнения в законодательство не стоит.

В соответствии с ч. 4 ст. 1 ГПК РФ в случае отсутствия нормы процессуального права, регулирующей отношения, возникшие в ходе гражданского судопроизводства, федеральные суды общей юрисдикции применяют норму, регулиющую сходные отношения (аналогия закона).

КС РФ в *Определении от 19 января 2011 г. № 144-О-П* указал, что процедура помещения лиц, страдающих психическими расстройствами и признанных в установленном законом порядке недееспособными, в специализированные (психоневрологические) учреждения для социального обеспечения по своему предназначению и правовым последствиям аналогична процедуре недобровольной госпитализации таких лиц в психиатрический стационар.

Это означает, что к отношениям, возникшим в ходе осуществления судебной проверки обоснованности решения ООиП о помещении недееспособного лица в психоневрологическое учреждение для социального обеспечения, допустимо применение норм ГПК РФ, регламентирующих принудительную госпитализацию гражданина в психиатрический стационар (гл. 35).

Следует особо отметить, что сам суд не вправе по собственной инициативе возбуждать гражданское дело о проверке обоснованности решения ООиП. Сделать это суд может только на основании заявления заинтересованного лица. Таким заинтересованным лицом должен быть представитель ООиП, принимавшего решение о помещении недееспособного лица в ПНИ либо представитель ООиП по месту нахождения психоневрологического учреждения социального обеспечения, в которое помещен недееспособный гражданин. Представитель ООиП вправе обратиться с заявлением о проверке обоснованности решения ООиП в федеральный суд общей юрисдикции по месту жительства недееспособного гражданина, а если такой гражданин помещен в психиатрическое или психоневрологическое учреждение, по месту нахождения этого учреждения.

Участие прокурора и представителя недееспособного лица в судебном заседании по делу о проверке обоснованности решения ООиП о помещении недееспособного лица в психоневрологическое учреждение для социального обеспечения является обязательным.

Недееспособному лицу должно быть гарантировано право на получение квалифицированной юридической помощи, поэтому представителем такого лица должен быть адвокат.

Недееспособные граждане, содержащиеся в ПНИ без решения суда по делу о проверке обоснованности решения ООиП, вправе через опекуна в лице директора ПНИ либо самостоятельно обратиться с заявлением в ООиП по месту нахождения ПНИ с просьбой инициировать возбуждение гражданского дела о проверке обоснованности решения ООиП о помещении таких граждан в ПНИ.

Также недееспособные граждане, содержащиеся в ПНИ без решения суда, вправе лично обратиться с заявлением в органы прокуратуры по месту нахождения ПНИ с просьбой осуществить защиту их прав и законных интересов на основании ч. 1 ст. 45 ГПК РФ посредством подачи в суд заявления прокурора о проверке обоснованности решения ООиП о помещении их в ПНИ.

Думается, что в переходный период (до внесения изменений в законодательство) районные (городские) прокуроры должны быть наделены правом подачи таких заявлений, в связи с чем необходимо соответствующее Указание Прокуратуры РФ, хотя сам ГПК позволяет прокурорам действовать и без всяких указаний. Полагаю, что в переходный период с таким заявлением в суд вправе обращаться также опекуны недееспособных, а также представители психиатрических ЛПУ, в которых находятся недееспособные граждане, в соответствии с ч. 2 ст. 7 ЗоПП в случае отсутствия у недееспособных лиц опекунов.

Согласно ч. 1 ст. 46 ГПК РФ в случаях, предусмотренных законом, общественные организации вправе обратиться в суд с заявлением в защиту прав, свобод и законных интересов других лиц по их просьбе. При этом заявление в защиту законных интересов недееспособного гражданина может быть подано независимо от просьбы его законного представителя. В соответствии со ст. 27 Федерального закона “Об общественных объединениях” общественное объединение, являющееся юридическим лицом, вправе для осуществления уставных целей представлять и защищать права и законные интересы граждан, не являющихся членами и участниками этого объединения, в органах государственной власти, органах местного самоуправления и общественных объединениях. Суд является органом государственной власти, а значит, отстаивать в судебном порядке права и законные интересы недееспособных граждан обществен-

ное объединение вправе, если это предусмотрено его уставом.

Таким образом, недееспособные граждане в переходный период вправе обращаться в такие общественные объединения, являющиеся юридическими лицами, чтобы те инициировали в судах возбуждение гражданских дел о проверке обоснованности решений ООиП о помещении недееспособных граждан в ПНИ.

Однако после внесения изменений и дополнений в законодательство такое право должно быть закреплено исключительно за органами опеки и попечительства. Юридически значимым обстоятельством, входящим в круг доказывания по делу о проведении проверки обоснованности решения ООиП о помещении недееспособного лица в ПНИ, является наличие у недееспособного лица психического расстройства, лишаящего его возможности находиться в неспециализированном учреждении для социального обеспечения.

Справедливости ради стоит сказать, что ст. 15 Федерального закона “О социальном обслуживании граждан пожилого возраста и инвалидов” в части, допускающей возможность помещения недееспособного гражданина в стационарное учреждение социального обслуживания с согласия опекуна без судебного решения, противоречит Конституции РФ и может быть предметом проверки КС РФ на предмет ее соответствия Конституции РФ, если она была применена в конкретном деле.

В соответствии с правовой позицией, выраженной в Определении КС РФ от 8 ноября 2005 г. № 439-О, в случае коллизии между различными правовыми актами, возникшей в процессе правоприменения, правовое регулирование должно осуществляться исходя из того, какой из этих актов предусматривает больший объем прав и свобод граждан и устанавливает более широкие их гарантии. Часть 1 ст. 41 Закона РФ “О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании” в соответствии с ее конституционно-правовым смыслом, выявленным в Определении КС РФ от 19 января 2011 г. № 114-О-П, предусматривает более широкие гарантии соблюдения прав, носящих конституционный характер. Следовательно, по делам о проверке обоснованности решений ООиП о помещении лиц, признанных в установленном порядке недееспособными, в психоневрологические учреждения для социального обеспечения, должна применяться ч. 1 ст. 41 ЗоПП.

В связи с внесенными в ч. 1 ст. 41 ЗоПП изменениями Федеральным законом от 6 апреля 2011 г. № 67-ФЗ “О внесении изменений в Закон РФ “О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании” и Гражданский процессуальный кодекс Российской Федерации” судебная проверка обоснованности решений ООиП о помещении недееспособных лиц в ПНИ не производится в отношении тех недееспособных лиц, которые по своему состоянию

способны подать личное заявление о помещении их в ПНИ. В отношении этой категории недееспособных решения ООиП о помещении их в ПНИ не выносятся. При этом способность недееспособного лица подать такое заявление должна быть отражена в заключении врачебной комиссии с участием психиатра, которая в соответствии с ч. 1 ст. 41 ЗоПП дает заключение о наличии у лица психического расстройства, лишаящего его возможности находиться в неспециализированном учреждении для социального обеспечения.

У читателя должен возникнуть еще один вопрос: “Имеется ли правовой механизм, позволяющий принудительно поместить в психоневрологическое учреждение для социального обеспечения недееспособных лиц, которые по своему состоянию способны подать личное заявление о помещении их в ПНИ, однако отказывающихся в силу тех или иных причин подавать такое заявление и в связи с этим нежелающих быть помещенными в ПНИ?”. — Да, такой механизм имеется, и он содержится в ч. 1 и 2 ст. 15 Федерального закона “О социальном обслуживании граждан пожилого возраста и инвалидов”. Помещение таких недееспособных лиц производится на основании решения суда по представлению органов социальной защиты населения в случаях, если они лишены ухода и поддержки со стороны родственников или иных законных представителей и при этом не способны самостоятельно удовлетворять свои жизненные потребности (утрата способности к самообслуживанию и (или) активному передвижению).

Применяя ч. 1 и 2 ст. 15 указанного Закона, суд при этом должен руководствоваться аналогией закона (ч. 3 ст. 11 ГПК РФ), поскольку федеральный законодатель критерии отсутствия ухода и поддержки со стороны родственников или иных законных представителей и неспособности самостоятельно удовле-

творять свои жизненные потребности (утрата способности к самообслуживанию и (или) активному передвижению), являющиеся основанием для помещения в ПНИ по решению суда, относит к гражданам пожилого возраста и инвалидам, которые не являются недееспособными.

Представляется, что само гражданское судопроизводство по вопросу принудительного помещения недееспособных лиц, которые по своему состоянию способны подать личное заявление о помещении их в ПНИ, однако отказывающихся в силу тех или иных причин подавать такое заявление и нежелающих быть помещенными в ПНИ, должно осуществляться судом с использованием аналогии закона (ч. 4 ст. 1 ГПК РФ) применительно к делам о принудительной госпитализации гражданина в психиатрический стационар (гл. 35 ГПК РФ).

Участие прокурора и представителя недееспособного лица по такого рода делам обязательно. При этом представляется необходимым участие в деле органов опеки и попечительства для дачи заключения в целях осуществления возложенных на них обязанностей и защиты прав, свобод и законных интересов недееспособного лица при решении вопроса о его принудительном помещении в ПНИ (ч. 1 и 2 ст. 47 ГПК РФ).

Следует отметить, что внесение федеральным законодателем изменений в ч. 1 ст. 41 ЗоПП достаточно остро поставило вопрос о необходимости внесения соответствующих изменений в ст. 15 Федерального закона “О социальном обслуживании граждан пожилого возраста и инвалидов” в части принудительного помещения по решению суда недееспособных лиц в психоневрологические учреждения для социального обеспечения.

Генеральная прокуратура РФ дает ход обращению НПА России по поводу создания службы защиты прав пациентов психиатрических стационаров

*Генеральному прокурору Российской Федерации
действительному государственному советнику юстиции
Ю. Я. Чайке*

2 февраля 2011 г.

Глубокоуважаемый Юрий Яковлевич!

С 1 января 1993 г. в России действует Закон РФ от 2 июля 1992 г. № 3185-1 “О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании” (далее — Закон).

Закон был разработан с учетом общепризнанных принципов и норм международного права, в т.ч. Принципов защиты психически больных лиц и улучшения психиатрической помощи, утвержденных резолюцией Генеральной Ассамблеи ООН от 17 декабря 1991 г. Треть членов рабочей группы Верховного Совета РФ по разработке закона составляли специалисты Независимой психиатрической ассоциации России.

Статья 38 Закона обязывает государство создать независимую от органов здравоохранения службу защиты прав пациентов, находящихся в психиатрических стационарах (далее — Служба).

Постановлением Верховного Совета РФ от 2 июля 1992 г. № 3186-1 “О порядке введения в действие Закона Российской Федерации “О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании” разработка положения о Службе была поручена Правительству РФ, которому надлежало утвердить положение до 1 декабря 1992 г.

Правительство РФ, однако, в течение 18 лет проявляет бездействие и не выполняет своих прямых обязанностей по разработке и утверждению подзаконного акта. В итоге статья 38 Закона до настоящего времени не обеспечена механизмом реализации и не исполняется, что указывает на нарушение законности.

В Кыргызской Республике, например, где Правительство также не выполняет требование Закона, принятого в 1999 г., в отношении создания аналогичной Службы, в 2005 г. вступило в силу решение Бишкекского межрайонного суда, обязавшее Правительство создать такую Службу. Однако, Правительство Республики направило судебное решение Минздраву, хотя в Законе и судебном решении указывается, что

Служба защиты прав пациентов должна быть независимой от органов здравоохранения.

Между тем, создание такой Службы в России продолжает оставаться актуальным в связи с массовым характером нарушений прав пациентов психиатрических стационаров. Большинство психиатрических учреждений отказывает пациентам в предусмотренном ст. 9 Закона и ст. 31 Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан праве на получение информации о состоянии их психического здоровья, в т.ч. копий медицинских документов. Пациентам не только не сообщаются и не разъясняются, но от них даже утаиваются основания помещения в стационар; фальсифицируется согласие пациента на госпитализацию и лечение. Нарушается и право пациента на справедливое судебное разбирательство вопроса о правомерности его недобровольной госпитализации (пациента необоснованно лишают возможности участия в судебном заседании; суды перестали выезжать в стационар по месту пребывания пациента; решение суда выдается только одной стороне процесса — психиатрическому стационару). Вследствие неисполнения Решения Европейского суда по правам человека по делу “Ракевич против России” (2003г.) пациенты по-прежнему лишены права самим инициировать судебную процедуру проверки их недобровольной госпитализации.

Грубо нарушаются и другие права пациента, предусмотренные Законом и Основами, в частности право подавать без цензуры жалобы и заявления в органы власти, прокуратуру, суд и адвокату. Такие обращения перлюстрируются и вместо направления адресату подшиваются к истории болезни. Пациентам необоснованно запрещают видаться с адвокатами и иными избранными ими самими представителями; принимать представителей правозащитных организаций, в т.ч. профессиональных общественных организаций врачей-психиатров, осуществляющих свои функции в соответствии со ст. 46 Закона о психиатрической помощи. От представителей пациентов, оформивших свое представительство в соответствии со ст. 7 Закона, администрация психиатрических организаций не

принимает заявления и жалобы. Пациентов используют в качестве бесплатной рабочей силы для разгрузки автомашин, переноса тяжестей, в том числе горячей пищи.

Во многом указанное положение дел обусловлено нереализованностью ст. 38 Закона.

Наиболее оптимальным (хотя и не единственным) вариантом создания Службы, по мнению многих экспертов, является образование Представительства по защите прав пациентов, находящихся в психиатрических стационарах, при Уполномоченном по правам человека в РФ. Однако данное Президентом Российской Федерации поручение Правительству РФ (от 10.12.2005 № Пр-2061) доработать проект ФКЗ “О внесении изменений в Федеральный конституционный закон “Об Уполномоченном по правам человека в Российской Федерации”, так же как и все другие поручения, остались невыполненными.

На основании изложенного НПА России, являясь профессиональной правозащитной организацией, объединяющей психиатров, медицинских психологов, юристов и других специалистов, работающих в психиатрии, в соответствии со своими уставными целями просит Генеральную прокуратуру РФ как орган,

осуществляющий надзор за исполнением законов, за соблюдением прав и свобод человека и гражданина, в т.ч. граждан, которые по состоянию здоровья, а также в силу нахождения в закрытом учреждении не способны эффективно защищать свои права и законные интересы, руководствуясь нормами Федерального закона “О прокуратуре Российской Федерации”, ст. 45 Закона РФ “О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании”, принять меры прокурорского реагирования по факту неисполнения ст. 38 Закона РФ “О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании” и бездействия в этой связи федеральных органов исполнительной власти.

Просим в письменном виде сообщить в НПА России о принятых Вами мерах.

Президент НПА России канд. мед. наук, врач-психиатр высшей квалификационной категории, член Экспертного совета при Уполномоченном по правам человека в РФ *Ю. С. Савенко*

Руководитель юридической службы НПА России, канд. юрид. наук, советник юстиции, член Экспертного совета при Уполномоченном по правам человека в РФ *Ю. Н. Аргунова*

Ответ из Генеральной прокуратуры РФ

12 апреля 2011 г.

В Генеральной прокуратуре Российской Федерации рассмотрено Ваше обращение о неисполнении законодательства о психиатрической помощи.

В соответствии со ст. 38 Закона Российской Федерации от 02.07.1992 № 3185-1 “О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании (далее — Закон) государством должна быть создана независимая от органов здравоохранения служба защиты прав пациентов, находящихся в психиатрических стационарах; представители этой службы защищают права пациентов, находящихся в психиатрических стационарах, принимают жалобы и заявления, которые разрешают с администрацией данного психиатрического учреждения либо направляют в зависимости от их характера в органы представительной и исполнительной власти, прокуратуру или суд.

Постановлением Верховного Совета Российской Федерации от 02.07.1992 № 3186-1 “О порядке введения в действие Закона Российской Федерации “О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании” (далее — постановление № 3186-1) Правительству Российской Федерации поручено до 01.12.1992 разработать и утвердить положение о службе защиты прав пациентов, находящихся в психиатрических стационарах.

Во исполнение постановления № 3186-1 распоряжение Правительства Российской Федерации от 21.10.1992 № 1922-р Минздраву России поручено по

согласованию с Минюстом России разработать и представить в Правительство Российской Федерации на утверждение до 15.11.1992 Положение о службе защиты прав пациентов, находящихся в психиатрических стационарах.

Вместе с тем, до настоящего времени служба защиты прав пациентов, находящихся в психиатрических стационарах, государством не создана.

По мнению Минздравсоцразвития России, реализация ст. 38 Закона возможна при условии внесения в данную статью в части определения органа, наделенного полномочиями по созданию независимой службы.

В соответствии с п. 2 ст. 15 Конституции Российской Федерации органы государственной власти, органы местного самоуправления, должностные лица, граждане и их объединения обязаны соблюдать Конституцию Российской Федерации и законы.

В целях соблюдения законности в сфере обеспечения и защиты прав граждан, страдающих психическими расстройствами, Генеральной прокуратурой Российской Федерации готовится информация в Правительство Российской Федерации о необходимости принятия мер по исполнению ст. 38 Закона Российской Федерации “О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании”.

Заместитель начальника управления по надзору за соблюдением прав и свобод граждан
Главного управления по надзору за исполнением федерального законодательства *Г. А. Хохрина*

Региональный конгресс ВПА в Ереване

14 – 17 апреля 2011 г. в Ереване состоялся региональный конгресс Всемирной психиатрической ассоциации (ВПА), организованный ВПА совместно с Армянской психиатрической ассоциацией и Армянской медицинской ассоциацией. Это огромный успех Армянской психиатрической ассоциации и ее президента Армена Согояна, учитывая, что аналогичный конгресс и в России прошел впервые только в 2010 г.

Конгресс был превосходно организован, он проходил в самых почетных местах столицы Армении, открытые состоялись в величественном здании Академического театра оперы и балета и сопровождалось грандиозным концертом.

На конгресс приехали все первые лица ВПА: президент проф. Марио Май (Италия), будущий президент проф. Педро Руиз (США), проф. Норман Сарториус (Швейцария), проф. Ахмет Окаша (Египет), проф. Динеш Бугро и проф. Дэвид Голдберг (Великобритания), проф. Акоп Акискал (США), проф. Дрисс Муссауи (Марокко), проф. Отто В. Стенфельд-Фосс (Норвегия), проф. Ханс-Юрген Меллер (Германия) и др. В конгрессе участвовали представители Японии, Австралии, Индии, Таиланда, Израиля, Турции, Ирана, Австрии, Венгрии, Польши, Чешской Республики, Дании, Финляндии, Венесуэлы, а также Грузии, Киргизии, Украины, Беларуси и много коллег из России, в частности, проф. А. С. Тиганов.

Было зачитано 11 пленарных лекций, проведено 22 симпозиума, 7 ворк-шопов. Всего 139 докладов и лекций.

Наибольшее внимание вызвал симпозиум, посвященный последствиям геноцида армян в 1915 г. с последующим посещением мемориала и музея геноцида. Очень интересной и важной теме посвятили свой симпозиум индийские коллеги — “Эмпатия — современные перспективы”. Тематика симпозиумов охватила фактически все актуальные проблемы психиатрии, в частности, “Политика в сфере психического здоровья”, “Катастрофы и психическое здоровье”, “Традиционные инновационные и альтернативные методы лечения” и т.д. Россия была представлена двумя симпозиумами по аффективным расстройствам, на первом из них сопредседателями были проф. Я. Рабах (Прага) и д-р Ю. С. Савенко, выступивший также с докладом “Неадекватность унитарной концепции депрессивного синдрома”, и симпозиумом, организованным проф. А. О. Бухановским “Зависимость: болезнь или аддикция?”. Отечественные коллеги участвовали еще в пяти симпозиумах. Множество докладов из Армении продемонстрировали высокий уровень армянской психиатрии.

На конгрессе состоялась церемония открытия печатной русской версии журнала “Всемирная психиатрия”, официального органа ВПА, — несомненной заслуги Армена Согояна.

Реформирование института недееспособности: от социальной изоляции — к защите прав недееспособных граждан

1 апреля в офисе Старшего Советника по правам человека при системе ООН в РФ состоялась пресс-конференция “Важные шаги на пути преодоления социальной изоляции: защита прав недееспособных граждан”, организованная по инициативе Региональной общественной организации “Перспектива”. В пресс-конференции приняли участие исполнительный директор Независимой психиатрической ассоциации России Л. Н. Виноградова и руководитель юридической службы НПА России Ю. Н. Аргунова, юридический советник Психиатрического правозащитного центра (Будапешт) адвокат Д. Г. Бартегов и руководитель юридической группы РООИ “Перспектива” М. Б. Ларионов.

Пресс-конференция была посвящена последним прогрессивным изменениям в российском законодательстве, расширяющим права граждан с психическими расстройствами, признанными недееспособными. 16 марта 2011 г. Конституционный Суд Российской Федерации опубликовал решения по двум делам, поданным юристами Независимой психиатрической ассоциации России и Психиатрического правозащитного центра (МДАС) от имени граждан, принудительно помещенных в интернаты. Суд постановил, что помещение недееспособного гражданина в психоневрологический интернат без его

согласия является ограничением свободы и права выбирать место жительства. Такая мера может применяться только на основании судебного решения по результатам справедливого судебного разбирательства.

22 марта 2011 г. Государственная Дума приняла изменения в Закон “О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании” и в Гражданский процессуальный кодекс РФ. К моменту проведения пресс-конференции законопроект уже был одобрен Советом Федерации, а в настоящее время уже подписан Президентом РФ и вступил в силу. Впервые признается право недееспособного пациента самостоятельно решать вопросы в сфере оказания психиатрической помощи — ранее эти вопросы решал только опекун. Кроме того, закон запрещает помещение недееспособных граждан в психиатрическую больницу без решения суда, а также требует согласия самого гражданина на помещение его в психоневрологический интернат. Впервые признается возможность самостоятельного обращения в суд недееспособных граждан и их участия в судебном процессе от своего имени.

Все выступающие согласились, что предлагаемые нововведения являются революционными, поскольку закрепляют принципиально новый подход к недееспособным гражданам, признают их самостоятельность в

тех сферах, где ранее все вопросы за них решали опекуны или государственные учреждения. Эти изменения — результат совместных усилий законодателей и гражданского общества. В то же время было отмечено, что принятый закон требует дополнительных разъяснений, поскольку в нем не прописан механизм осуществления предлагаемых нововведений. Принятые поправки в законодательство и решения Конституционного Суда РФ

открывают широкий простор для действий гражданского общества по дальнейшему реформированию российского института недееспособности и опеки. Появилась реальная возможность превратить его из института ограничения прав в институт поддержки людей с психическими расстройствами, максимально сократить их социальную изоляцию и предусмотреть возможность самостоятельного проживания в обществе.

Поездка в Грозный

4–6 апреля вместе с редакцией журнала “ДОШ” (почтенски “Слово”) я посетила Чеченскую республику для установления контактов и изучения возможности сотрудничества с неправительственными организациями, работающими в области психического здоровья. Инициаторы и организаторы поездки обеспечили мне возможность познакомиться с психиатрической службой республики.

Поездка в Грозный — давняя мечта, на пути осуществления которой всегда стояли соображения безопасности. Сейчас, вроде бы все спокойно, однако коллеги и знакомые удивлялись и отговаривали: “Куда Вы едете? Вы что, с ума сошли? Там же опасно”.

Сегодняшний Грозный производит впечатление абсолютно мирного города. Чистый, красивый, интенсивно застраиваемый. Все следы войны тщательно уничтожены, но война осталась в душах людей, в памяти о погибших близких. Во многих семьях есть пропавшие без вести, и люди до сих пор надеются на чудо.

Весь город пестрит портретами Рамзана Кадырова и его отца, иной раз соседствующими с портретом премьер-министра Путина. Плакаты, выложенные камнем изречения Рамзана встречают вас в аэропорту и потом сопровождают всю дорогу, куда бы вы не ехали: “Мое главное оружие — правда”, “Мое счастье — в служении народу”. И народ демонстрирует, что ценит это, и не скупится на благодарности: “Рамзан, спасибо за Грозный”, “Уважаемый Рамзан Ахматович! Спасибо Вам за город Гудермес!”, “Наш глава — оплот стабильности и мира”.

Во время войны психиатрическая служба республики была почти целиком разрушена. Обе республиканские больницы, в с. Дарбанхи и с. Самашки, сильно пострадали от бомбежек, диспансер в Грозном сравняли с землей, а в Самашках был расстрелян главный врач и многие пациенты. Пришлось создавать все практически с нуля.

Сегодня психиатрическая помощь жителям Чечни сосредоточена в двух республиканских психиатрических больницах и психоневрологическом диспансере г. Грозный. В районах психиатров практически нет, и в случае необходимости пациентов везут за много километров прямо в больницу. На территории республики имеются 440 психиатрических коек (по 180 в каждой республиканской больнице и 80 в грозненском диспансере). Это почти вдвое меньше чем было в 1991 г., но в обеих больницах продолжается строительство, на очереди введение новых корпусов, и перспективе количество

коек достигнет довоенного уровня. Пока же ситуация неутешительная: болеть стали больше, а возможностей для лечения существенно меньше.

Несмотря на то, что психиатрия в России всегда финансировалась по остаточному принципу, Правительство Чечни и Фонд Кадырова уделяют психиатрической помощи большое внимание и выделяют достаточно средств, чтобы обеспечить больных полноценным питанием (230 руб. в день, что в 2 раза больше чем в Москве) и достаточным количеством и ассортиментом медикаментов. Выделяются деньги и на строительство, однако здесь не обходится без недоразумений. Заново отстроенный психоневрологический диспансер в Грозном возведен по проекту 70-х годов прошлого века. В результате там нет помещений для отдыха и досуга больных, групповой психотерапевтической и психореабилитационной работы. В Республиканской больнице с. Дарбанхи забыли заложить в смету стоимость скважины для холодной воды, и главный врач должен предпринимать героические усилия, чтобы обходиться горячей, которая поступает из местных источников.

В Чечне развита благотворительность и сострадание к больным, тем более душевными болезнями. Не раз в трудные времена пациентам привозили продукты, моющие средства и другие нужные вещи, причем не только благотворительные организации, но и простые люди, отказывавшиеся называть свои имена. Принято помогать и в строительстве. Один бизнесмен построил мечеть на территории больницы в с. Дарбанхи, так что приезжающие родственники могут помолиться. Больных в мечеть не водят, однако они могут молиться в отделениях, где для этого создают все необходимые условия.

Основная проблема — нехватка кадров, в первую очередь врачей-психиатров. Министерство здравоохранения понимает необходимость привлечения квалифицированных специалистов и недавно существенно повысило зарплату в области психиатрии. Теперь начинающий врач получает 12 тысяч рублей, а медицинская сестра — 8–9, что совсем неплохо в условиях свирепствующей безработицы. Однако этого оказывается недостаточно, чтобы сделать эти места привлекательными для квалифицированных специалистов, и они по-прежнему предпочитают искать счастья в других городах и странах. В республике работают энтузиасты, искренне любящие свое дело.

На базе диспансера в Грозном работает кафедра психиатрии, наркологии и медицинской психологии, предполагается, что диспансер станет головным учреждением, оказывающим консультативную помощь, и все первичные пациенты будут проходить через его службы. Здесь есть и клинические психологи, которые практически отсутствуют в обеих больницах, и социальные работники.

Благодаря стабильному финансированию, врачи больниц обеспечены зарплатой, а больные - питанием и лекарствами, однако совершенно отсутствуют реабилитационные службы, не организован досуг пациентов, а в Дарбанхи пока невозможно наладить прогулки, поскольку на территории идет строительство, и для прогулок просто нет места. В Самашках большая ухоженная территория, эффективно работает подсобное хозяйство, которое обеспечивает пациентов мясом и молоком, овощами и фруктами, в больнице имеется пекарня. Однако и здесь, лечение в основном сводится в выдаче лекарств и уходу, для психореабилитационных мероприятий нет ни специалистов, ни соответствующих помещений.

Особенности местного менталитета и высокая стигматизация людей с психическими расстройствами приводят к тому, что за психиатрической помощью обращаются только в крайних случаях, тогда, когда удержать человека дома уже невозможно. Больных скрывают, обращаются за помощью в мечети и исламский центр, где говорят, что вселился джин и пытаются изгнать его, как умеют. Стараются устроить больного родственника подальше от дома, иногда везут в другие регионы. Особенно это касается женщин, их в больницах примерно в три раза меньше чем мужчин. Отдать женщину в психиатрическую больницу считается особенно позорным. В больницы попадают очень тяжелые пациенты. Российский закон о психиатрической помощи, согласно которому все недобровольные меры должны санкционироваться судом, здесь, можно сказать, не работает, однако никаких злоупотреблений такого рода мы не обнаружили: пациенты под давлением родственников всегда дают согласие на стационарирование, а в конфликтных случаях администрация больницы берет письменное заявление родственников с просьбой о лечении. В Шали недавно закончилось строительство психоневрологического диспансера, который поможет разгрузить больницы от хронических больных, находящихся там по социальным показаниям.

В Грозном много неправительственных организаций. Среди них есть так называемые "грантоеды", которые получают большие деньги и работают по непонятным проектам, есть те, которые созданы по запросам населения и оказывают реальную помощь. Среди последних — женская организация СИНТЕМ. Ее задача — повышение статуса женщины в обществе, защита ее интересов, вовлечение женщин в общественно-политическую, экономическую, социальную и культурную жизнь, стимулирование женщин к участию в правозащитной и миротворческой деятельности. Здесь оказывают реальную помощь женщинам, имеющим проблемы в семейной жизни, столкнувшимся с насилием, не могущим преодолеть каждодневные трудности. Иногда те, кто

пришел сюда за помощью, остаются здесь работать и в свою очередь помогают другим. Когда есть финансирование (а организация работает по грантам), люди получают зарплату, когда случаются перерывы, работают на волонтерских началах, но не уходят, поскольку чувствуют свою востребованность и получают удовлетворение от работы. Здесь есть целый штат психологов и уровню их квалификации могли бы позавидовать многие московские специалисты. Они оказывают индивидуальную консультативную и психокоррекционную помощь и проводят групповые тренинги. Востребованы тренинги личностного роста, преодоления стрессовых расстройств, повышения толерантности и т.п.

Серьезная проблема для Чечни — психическое здоровье детей. Дети, родившиеся и выросшие в условиях войны, в условиях страха и лишений, не могли не стать жертвами этих обстоятельств. Многие из них стали инвалидами с детства, страдают задержкой психического развития, интеллектуальной недостаточностью, синдромом гиперактивности, имеют серьезные проблемы социальной адаптации. Такие дети не могут посещать детский сад, не удерживаются в школах. Их переводят в коррекционные школы, однако и там в отсутствие подготовленных специалистов-дефектологов, они не справляются с программой, страдают от собственной неполноценности и невозможности встроиться в жизнь семьи, детского коллектива.

Для Чечни характерно сверхценное отношение к детям. Любой ребенок, оставшийся без попечения родителей, тут же находит новую семью. Детских домов тут нет, для детей готовы на все. Однако что могут сделать родители или близкие родственники без помощи профессионалов? Между тем, детская психиатрическая служба в республике вообще отсутствует. На всю республику один детский психиатр, да и та сейчас в декретном отпуске и не собирается в ближайшее время возвращаться на работу. При необходимости приходится обращаться к взрослым психиатрам, которые, как правило, не знают специфики детских болезней и не могут оказать квалифицированную помощь. Ограничиваются тем, что выставляют диагноз и помогают оформить инвалидность, что позволяет получать какие-то деньги. Об индивидуальных реабилитационных программах большая часть родителей ничего не знает, и соответственно не может ими воспользоваться. Детских психологов и дефектологов также почти нет. Единственный реабилитационный центр в Грозном не справляется с количеством нуждающихся и не стремится рекламировать свою деятельность. Многие о нем вообще не слышали. В результате, родители теряют драгоценное время, и лишаются возможности адаптировать своих детей. Неправительственные организации понимают важность данной проблемы и пытаются найти средства на подготовку детских психологов и дефектологов, создание соответствующих центров помощи детям, однако без государственной поддержки эта проблема не может быть решена. Если сегодня ей не озаботиться, то последствия будут необратимы.

Л. Н. Виноградова

РЕКОМЕНДАЦИИ

Эдмунд Гуссерль. Логические исследования, т. 1; т. 2, ч. 1 — М., 2011

Философская антропология Макса Шелера (ред. Д. Ю. Дорофеев) — СПб., 2011

Ежегодник по феноменологической философии, 2009/2010 — М., 2010

Цветан Тодоров. Дух Просвещения — М., 2011

Йозеф Шумпетер. Десять великих экономистов — М., 2011

Вяч. Вс. Иванов. Избранные труды по семиотике и истории культуры, т. VII, кн. 1. Из истории науки — М., 2010

* * *

Пьер-Андре Тагиефф. “Протоколы сионских мудрецов”. Фальшивка и ее использование — Москва — Иерусалим, 2011

Кондрашин (ред.). Современная российско-украинская историография голода 1932 – 1933 гг. в СССР — М., 2011

* * *

Нильс Кристи. Причиняя боль — СПб., 2011

Нильс Кристи. Приемлемое количество преступлений — СПб., 2011

Уолтер Блок. Овцы в волчьих шкурах. В защиту порицаемых — Челябинск, 2011

Ефим Грекулов. Нравы русского духовенства — СПб., 2011

Дэвид Оуэн. История болезни. Недуги мировых лидеров последнего столетия — СПб., 2011

* * *

Лев Толстой. Пора понять (избранные публицистические статьи 1880 – 1910 гг.) — М., 2010

Николай Александров. Тет-а-тет. Беседы с европейскими писателями — М., 2010

* * *

Грета Йонкис. Золото Рейна. Сокровища немецкой культуры — СПб., 2011

Константин Азадовский. Рильке и Россия — М., 2011

Никита Струве. Осип Мандельштам. — М., 2011

Екатерина Гениева. И снова Джойс... — М., 2011

Мишель Фуко. Живопись Мане — СПб., 2011

* * *

Август Стриндберг. Афинский полукруг — СПб., 2010

Альфред Дёблин. Горы, моря и гиганты — СПб., 2011

Катрин Колом. Замки детства — М., 2011

Анджей Барт. Фабрика мухобоек — Москва — Иерусалим, 2010

ABSTRACTS

Inadequacy of Unitary Conception of Depressive Syndrome

Yu. S. Savenko

The abundance of literature on depressions in the last decades has extensive character, analysis has been made on different grounds and directions and attempts of typology of depression have been deprived of discussion on system of grounds for such efforts. Authors depart from different empiric grounds; ignore different understanding of basic clinical categories. Absent are even attempts of correct repeated verifications of researches which are basic for opposite conceptions.

Traditional research is focused on “mixed anxiety-depressive conditions” which are mainly characteristic for most patients with affective disorders, while for discovering typologically pure syndromes it is necessary to undertake comparative study of extreme types. It gives possibility to reveal their structural phenomenological and pathogenetic differences and in future to talk about “not mixed”, but different types of combined anxiety-depressive syndromes.

Grounds for separation independent anxiety syndrome corresponding by its range, dimensions and complexity to melancholic one have been discussed. Anxiety syndrome has been considered as taxonomically nuclear for anxious syndromes as well as melancholic one is nucleus for depressive syndromes. Existing behind this clinic-psychopathological demarcation different pathogenetic base of anxious (psychotic anxious) and melancholic syndromes opens up wide field for more subtle structural characteristics having clinically important meaning.

The principal shortcoming of ICD-10 in this respect is absence in cluster of anxiety conditions of psychotic forms.

Key words: taxonomy of depressive syndromes, anxiety psychotic syndrome

The Functional Test for Existing Forensic Psychiatric Theory and Practice and Its Outcoming Results

V. A. Pehterev (Donetsk, Ukraine)

Introduction to the Criminal Code of Russian Federation in 1997 and to the Criminal Code of Ukraine in 2001 a new legal regulation on partial insanity is considered as a functional test with which the existing forensic psychiatric theory and practice has been unable to cope for a period of 10 and 6 years accordingly.

Key words: responsibility, partial insanity, insanity, forensic psychiatry's theory and practice

Filicidal Mothers.

Analysis of the Current State of Knowledge in Forensic Psychiatry

B. V. Rusina (Voronezh)

Maternal filicide, or child murder by mothers, is a multifaceted phenomenon with various clinical causes and social characteristics. The review of the existing literature and the present study delineates the state of knowledge regarding filicide and neonaticide (murder in the first day of life) and illustrates similarities and differences between these two types of offenses. Results: A high proportion of cases of maternal filicide occurs in the context of mental illness.

Key words: neonaticide, filicide, filicidal mothers, child abuse and maltreatment, maternal pre-existing psychiatric disorders, predictors

Case of Clinical Psychotherapy of Anxiety Disorder of Personality with Predominance of Hypochondria

A. S. Igovskaya

Described was the case of clinical psychotherapeutic work with a woman-patient with anxiety disorders of personality with predominance of hypochondria on modified version of therapy by means of creative self-expression by M. E. Burno. As a result of the treatment was evident obvious clinical improvement in condition of the patient (registered due to clinical psychotherapeutic examination) and diminishing of various indices on psychometric scales, began stable compensation of anxiety personal disorder.

Key words: therapy by means of creative self-expression, anxiety personal disorder, psychasthenic experience