

ISSN 1028-8554

НЕЗАВИСИМАЯ ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ АССОЦИАЦИЯ РОССИИ
INDEPENDENT PSYCHIATRIC ASSOCIATION OF RUSSIA

**НЕЗАВИСИМЫЙ
ПСИХИАТРИЧЕСКИЙ
ЖУРНАЛ**

**INDEPENDENT
PSYCHIATRIC
JOURNAL**

**ВЕСТНИК НПА
IPA HERALD**

IV

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 05.12.2011. Подписано в печать 19.12.2011. Формат 60×84 1/8.
Бумага типографская офсет № 1. Гарнитура “Таймс”. Печать офсетная.
Тираж 1000 экз. Заказ № 2011-04-ИРА.

Цена свободная

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

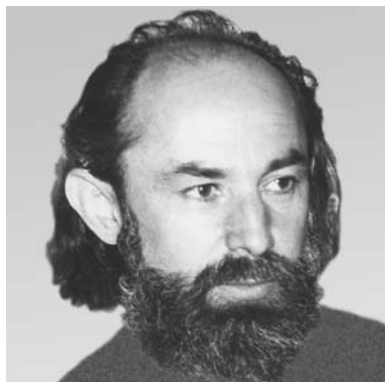
СОДЕРЖАНИЕ

20-ЛЕТИЕ НЕЗАВИСИМОГО ПСИХИАТРИЧЕСКОГО ЖУРНАЛА	5
АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ПСИХИАТРИИ	
Шизофазия, ее феноменология и нозографическое положение — Е. В. Снедков (Спб)	9
КЛИНИЧЕСКИЕ РАЗБОРЫ	
Гневливая мания или шизоаффективный психоз? — Ведущий проф. А. Г. Гофман, врач-докладчик М. А. Фарамазов	15
ИЗ КЛАССИЧЕСКОГО НАСЛЕДИЯ	
О Якобе Клези (1885 – 1980) — М. Е. Бурно	28
Якоб Клези (Берн). Невроз, обустройство жизни, государственное устройство (часть 1)	30
ПСИХИАТРИЯ И ПРАВО	
Уголовная ответственность за незаконное помещение в психиатрический стационар — Ю. Н. Аргунова	36
СУДЕБНАЯ ПСИХИАТРИЯ	
Обзор избранных публикаций Журнала Американской академии психиатрии и права (2011, 1, 2) — В. В. Могов (Тамбов)	43
ИЗ ДОСЬЕ ЭКСПЕРТА	
Учитывать вброс дезинформации!	53
С ФОРУМА НПА РОССИИ	
Опять нарушения прав граждан, признанных недееспособными, или как обойти статью 222 ГПК РФ?	60
ИСТОРИЯ ПСИХИАТРИИ	
Клятва Гиппократа. К 130-летию Петра Михайловича Зиновьева	65
Воспоминания проф. А. Г. Гофмана об Учителе в интервью В. Г. Остроглазова	67
Федор Измайлович Случевский (1931 – 1993).	74
ДОКУМЕНТЫ ВРЕМЕНИ	
20 лет назад: последний Пленум Всесоюзного общества психиатров (Москва, май 1991 г.)	76
ХРОНИКА	
XV всемирный конгресс по психиатрии в Буэнос-Айресе.	81
Конференция памяти Ф. И. Случевского в Санкт-Петербурге	84
VIII Пироговский съезд врачей России — честная картина происходящего. Резолюция съезда	85
Общественный контроль закрытых учреждений (Москва, Пятигорск, Страсбург)	88
Неоказание медицинской помощи — преступление власти.	90
ПСИХОПАТОЛОГИЯ И ТВОРЧЕСТВО	
Глоссарий Хлебникова или анамнез, диагноз и эпикриз в 30 буквах — И. Б. Якушев (Архангельск)	91
РЕКОМЕНДАЦИИ	95
АННОТАЦИИ	96

CONTENT

THE 20-TH JUBILEE OF THE INDEPENDENT PSYCHIATRIC JOURNAL	5
URGENT PROBLEMS OF PSYCHIATRY	
Schizophrenia, its phenomenology and nosographic place — E. V. Snedkov (Saint-Petersburg)	9
DISCUSSION OF A CLINICAL CASE	
Anger mania or schizoaffective psychosis? — A. G. Hofman, M. A. Faramazov	15
FROM THE CLASSIC HERITAGE	
About Jacob Klaesi (1885 – 1980) — M. E. Burno	28
Jacob Klaesi (Bern). Neurosis, improvement to life, state structures (part 1)	30
PSYCHIATRY AND LAW	
Criminal responsibility for unlawful admission to psychiatric institution — Ju. N. Argunova.	36
FORENSIC PSYCHIATRY	
Review of selected articles from the Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law, 2011, 1,2 — V. V. Motov (Tambov).	43
FROM AN EXPERT'S DOSSIER	
Should take into account stuffing misinformation	53
FROM THE IPA'S FORUM	
Violations of incapable citizens' rights again or how to evade art. 222 of RF Civic-Procedure Code	60
HISTORY OF PSYCHIATRY	
The Hippocratic Oath. To the 130-years anniversary of Peter Mikhailovich Zinoviev	65
Memories of Prof. Gofman on his Teacher, interview of V. G. Ostroglazov	67
Fedor Izmailovich Sluchevsky (1931 – 1993)	74
DOCUMENTS OF EPOCH	
20 years ago: last Plenum of the All-Union society of psychiatrists (Moscow, May 1991).	76
THE CHRONICLE	
XV World Congress on Psychiatry	81
Conference of memory of F. I. Sluchevsky in Saint-Petersburg.	84
VIII Pirogov Congress of doctors of Russia — an honest picture of what was happening. Congress resolution	85
Public control over closed establishments (Moscow, Piatigorsk, Strasburg)	88
Failure to assist sick person — crime of authority	90
PSYCHOPATOLOGY AND CREATIVENESS	
Khlebnikov's Glossary. Medical history, diagnosis and epicrisis in 30 letters — I. B. Yakushev (Arkhangelsk)	91
RECOMMENDATIONS	95
ABSTRACTS	96

20-ЛЕТИЕ НЕЗАВИСИМОГО ПСИХИАТРИЧЕСКОГО ЖУРНАЛА



Савенко
Юрий Сергеевич

Независимый психиатрический журнал — это Вестник Независимой психиатрической ассоциации России, это ее лицо и ее трибуна по протолорению трех приоритетов Ассоциации, сочетание которых делает невозможным использование психиатрии в политических и других немедицинских целях:

— собственно профессиональный — примат феноменов и клинико-психопатологического метода в редакции К. Ясперса в качестве основы психиатрии, как науки и практической профессии;

— правовая основа психиатрии — не только законодательство, но и гарантии его исполнения в правоприменительной практике;

— профессиональная автономия, т.е. разгосударствление, административная децентрализация психиатрической службы.

Хотя 20 лет назад, в 1991 году, психиатры, многие десятилетия располагавшие одним общим с невропатологами “Журналом невропатологии и психиатрии им. С. С. Корсакова”, вдруг обрели пять новых, издать очередной новый журнал было непросто. Настолько, что нам пришлось первый его выпуск отпечатать в Киеве. Это было переломное время. Время, когда формируется определенная позиция и программа действий. У нас было иначе: задуманное собрало людей с давно органично сформированной позицией, изжаждавшихся по принципиально другой атмосфере в науке и практике нашего предмета и другому отношению к власти, узурпировавшей многие прерогативы профессионального сообщества. Независимая ассоциация, независимый журнал, независимость — были главной доминантой, ее содержательное наполнение было чем-то само собой разумеющимся, так как мы хорошо чувствовали и знали достойные образцы, — уровень клинического разбора, уровень научного текста и лекций всегда говорят сами за себя.

Всем нам была отвратительна манера идеологического оплевывания выдающихся ученых, концепций и целых научных направлений. Новая эпоха стала временем всех измов, все разнообразие которых вдруг в одночасье сменило непрерываемость для всех партийной линии. Наш выбор был давно predetermined и выражен в Декларации НПА, ее Уставе и Обращении к читателям, с публикации которых начался первый выпуск журнала. Мы воспроизводим первую страницу первого выпуска журнала.

Обращение к читателям

Необходимость настоящего издания — в его специфике, которая запечатлена в самом названии — НЕЗАВИСИМЫЙ. Сейчас можно привести так много примеров сходных демагогических самонаименований, что следует конкретизировать, что является порукой нашей независимости.

В отличие от всех возникших и возникающих новых журналов, в нашей редколлегии никто не занимает и не стремится занять высокого должностного положения, не связан никакими служебными или финансовыми обстоятельствами, никакими внеучеными авторитетами. Таким образом, мы свободны от любых зависимостей по вертикали. С другой сторо-

ны, у нас присутствует широкий плюрализм мнений, открытость и терпимость любой критики.

Нас объединяет преданность высокому понятию профессионализма, которое — по нашему мнению — включает в себя не только клинический опыт, но и широкий культурный кругозор, и четкие гражданские принципы и идеалы.

Подлинно независимая позиция в отношении различных научных школ и доктрин, и в изложении процессов, происходящих в отечественной психиатрии, предоставляет возможность наиболее продуктивным дискуссиям и наиболее адекватной картине текущих событий. Мы будем помещать работы — в



Батаев
Владимир Григорьевич



Гурвиц
Семён Самуилович



Магалиф
Александр Юрьевич



Аргунова
Юлия Николаевна



Бурно
Марк Евгеньевич



Виноградова
Любовь Николаевна



Воскресенский
Борис Аркадьевич



Каган
Виктор Ефимович



Котиков
Григорий Михайлович



Мотов
Владимир Витальевич



Прокудин
Владимир Николаевич

отличие от недавней практики Журнала им. Корсакова — без редакторской цензуры, заменив ее правом на редакторский комментарий.

Гарантом независимости журнала является его выход под эгидой Независимой Психиатрической Ассоциации. НПА — единственная, созданная 09.03.1989 по инициативе снизу, и, таким образом, подлинно об-

щественная профессиональная организация. Поэтому НПА — действительный и постоянный член full-member Всемирной Психиатрической Ассоциации с 17.10.1989. Но поэтому же НПА — единственная ассоциация, которую активно пытались дискредитировать, создав руками МЗ СССР одноименную марionеточную группу. НПА создала первую независи-

мую экспертизу, выпустила первый неподцензурный научный сборник, приняла непосредственное участие в окончательной редакции проекта Закона о психиатрической помощи, реально помогла многим конкретным людям. Мы сочли необходимым познакомить читателей в 1-ом номере журнала с Декларацией и Уставом НПА.

Что касается структуры журнала, то его основными разделами будут “Актуальные проблемы психиатрии и медицинской психологии”, где будут помещаться тематические подборки и дискуссии, и “Хроника” событий в психиатрии в стране и мире, в частности, деятельность НПА. В постоянном разделе “Архив” будут публиковаться классические работы как из старых редких изданий, так и новые архивные находки и переводы. Планируется также помещать “Клинические разборы”, “Рецензии”, “Обзоры”, “Воспоминания” и “Свидетельства очевидцев” (психиатрическая больница изнутри). По-

стоянными будут разделы “Психопатология и творчество”, “Объявления” и “Рекомендации”.

Нынешняя кризисная ситуация в стране сопровождается обычным в таких случаях мощным всплеском мистичности общественного сознания, растворением научности либо её полным отрицанием. Одной из форм этих антисциентистских настроений является антипсихиатрическое движение. Характерно, что некоторые идеи этого движения, например, отрицание достоверности клинического метода исследования, подхватил ряд руководителей официальной психиатрии. В имевшихся прежде “ошибках” виноват, по их мнению, несовершенный метод, а не они сами. На деле речь и прежде, и теперь идет о неграмотном использовании клинического метода, причем неграмотном почти неизбежно, ибо в атмосфере тоталитаризма мало кому удавались непредвзятость и независимость. Поэтому первый выпуск журнала мы в значительной мере посвятили проблемам антипсихиатрии.

* * *

Доминантой первого выпуска были статья выдающегося клинициста, вступившего в НПА, проф. А. К. Ануфриева — “Антипсихиатрия по-нашенски” и “Социально-политическая сущность антипсихиатрии” — дополненный текст моего доклада в Московском НИИ психиатрии по горячим следам майской революции 1968 г. во Франции, а также републикация работы Н. П. Бруханского о психической эпидемии в Подмоскowie в 1926 г. — замечательный пример феноменологического описания.

В разделе “Хроника” подробно описаны Пленум Всесоюзного общества психиатров в Челябинске в сентябре 1990 г. и в Москве в мае 1991 г., зафиксировавшие последние драматические страницы его истории с публично провалившейся провокацией против НПА (см. “Документы времени” в этом выпуске журнала).

В следующих двух выпусках журнала была показана принципиальная ошибочность представления о предмете психиатрии, обнаружившаяся в дискуссиях на эту тему в 1973 – 1977 гг., и в 1984 г. на страницах журнала им. Корсакова, и была опубликована фундаментальная работа А. К. Ануфриева “О психопатологии начальных проявлений бредаобразования”.

В “Хронике” описана инспекция комиссии ВРА и приведен полный текст ее отчета о визите в Советский Союз 09 – 29.06.1991 г., которому чинились препятствия и по результатам которого Американская психиатрическая ассоциация рекомендовала аннулировать членство Всесоюзного общества психиатров.

Со второго выпуска начинается стержневая рубрика журнала “Психиатрия и право” и сразу с по-прежнему горячей темы недееспособности и опеки.

Наконец, была подробно описана последняя (тринадцатая, уже посмертная) экспертиза генерала П. Григоренко — самый знаменитый, удостоверенный видеозаписью экспертизы Уолтера Райха, и экспертизой Модеста Кабанова, пример использования психиатрии в политических целях. Председателями комиссий, выставлявших психотический диагноз, были А. В. Снежневский в 1964 г. и Г. В. Морозов и В. М. Морозов в 1969 г. История признания злоупотреблений психиатрией (а не психиатрии), вначале под давлением ВРА признанная, а со второй половины 90-х годов отрицаемая, документирована в журнале. В последующем в нем была представлена эпопея экспертиз полковника Ю. Буданова, в которой генералитет нашей психиатрии послушно делал — как и в деле генерала — из здорового психически больного. В делах же майора Дениса Евсюкова, актера Филиппа Яловеги, дипломата Платона Обухова, наоборот, действия, совершенные в явно болезненном состоянии, выдавались за умышленные. В каждом выпуске журнала приводились конкретные примеры разнообразных приемов и ошибок актов судебно-психиатрических экспертиз, как неизбежного следствия отсутствия самостоятельности экспертов разных сторон.

До сих пор ни разу Центр им. В. П. Сербского не решился на открытую профессиональную дискуссию, так же как и в отношении монографии Н. Г. Шумского “Диагностические ошибки в судебно-психиатрической практике” (СПб, 1997), на примере судебно-психиатрических экспертиз другого двадцатилетия: с 1962 по 1983 гг.

Причиной диагностических провалов судебно-психиатрической экспертной практики было отсутст-

вие непредвзятости, независимости, состязательности, гарантированной правовой основы и профессиональной автономии. Преодоление этого стало лейтмотивом нашей деятельности и наших публикаций.

Снижению диагностического разброса были призваны служить открытые клинические разборы, публикация фонограмм которых в каждом выпуске журнала стала одной из его уникальных особенностей, активно востребованной школой профессионализма.

Когда в феврале 1993 года на Пленуме Правления РОПН обнаружился его кризис и полная зависимость от Минздрава, мы сформулировали в журнале актуальную до сих пор позицию: “описанная ситуация делает для НПА особенно легкой возможность превратиться в массовую организацию. Однако такой путь значил бы принципиальное изменение НПА и уподобление ее существующему Российскому обществу. Для скорейшего возрождения отечественной психиатрии целесообразнее иметь не два однотипных общества старого образца, а сохранить НПА как динамичную компактную структуру, свободную от инерции прежних стереотипов и задающую направление разработке основных проблем”¹. Этому содействует двойное членство: многие члены НПА являются и членами РОП, и это естественно, мы — не политические партии.

Поначалу мы успешно продвигались вперед, но с 1995 года началось движение вспять, нарастающее по

ходу дела. Все, что мы писали к 5, 10 и 15-летию журнала, как и весь корпус выпусков журнала за все годы, оказывается все более актуальным, подтверждая этот мощный отлив, за которым неизбежна приливная волна, как естественная контрреакция на гримасы и уродства нынешнего положения вещей.

Я вспоминаю, как для одного из первых съездов нашей Ассоциации нам предоставили зал в административном здании на Шаболовке. На сцене стоял огромный, чуть не до потолка монументальный бюст Ленина. Мы с Александром Подрабинеким были в растерянности: как его задрапировать? И вдруг, толкнув его, почувствовали, что он внутри пустой и легко передвигается на колесиках. — Какой символ выхолащивания содержания! Нынешняя власть, для которой медицина — “ресурсозатратная отрасль”, для которой вооружение важнее человеческих жизней, давно исчерпала кредит доверия.

Журналу исполнилось 20 лет, никто из официоза не верил, что он сможет продержаться больше двух. Мы успели поседеть, но не изменить своему курсу на профессиональные идеалы. Поэтому мы вправе вознаградить себя воспоминанием, как мы выглядели, когда начинали.

Главный редактор Ю. С. Савенко

¹ НПЖ, 1993, 1 – 2, с. 81.

РЕКОМЕНДУЕМ

Д. Л. ВЕНЕДИКТОВ, Е. Б. ЗЛОДЕЕВА
под ред. А. Г. Саркисяна

НИКОЛАЙ ИВАНОВИЧ ПИРОГОВ:
вопросы жизни, истории и современности

М., Dezigan.ru, 2010

*Жизнь Пирогова, история Пироговских съездов
и независимый экспертный анализ современного состояния здравоохранения,
а точнее, кризиса здравоохранения в России и СНГ.
Почему по обеспечению медико-санитарной помощи населению
Россия на 130-м месте?*

Шизофазия, ее феноменология и нозографическое положение

Е. В. Снедков¹ (Санкт-Петербург)

“Прогресс продвижения от синдромов к “фактическим болезням” был достигнут с ужасным упрощением фактов. ... Фактические наблюдения тонут в терминологии”.

А. Кронфельд, 1940

“Именно легкость, с которой психиатр в настоящее время может установить диагноз (ведь если есть всего две возможности, то ошибиться трудно), привела к тому, что многие специалисты ныне даже не учатся правильно увидеть и описать картину психического заболевания. Вместо этого мы сталкиваемся с закосневшими психиатрическими понятиями и терминами, с помощью которых то или иное заболевание — а в большинстве случаев оно теперь оказывается “шизофренией” — определяют и характеризуют”.

К. Леонгард, 1968

В психиатрии произошла подмена понятия шизофазии, описываемой ранее в трудах Э. Крепелина, Э. Блейлера, К. Леонгарда и других видных ученых. Детально дифференцирующий клинический анализ двух совершенно разных явлений: шизофренической разорванности ассоциаций и шизофазии был впервые дан известным отечественным психиатром Ф. И. Случевским в монографии “Атактическое мышление и шизофазия” (1975). В статье проанализированы причины и последствия смешений и подмен понятий в психиатрии, подчеркнуты главные отличительные особенности шизофазии, сделаны попытки патофизиологического объяснения и определения ее положения в классификационных системах.

Ключевые слова: шизофазия, разорванность мышления, шизофрения, сенсорная афазия, проводниковая афазия, классификации психических расстройств.

1. Шизофазия — болезнь?

Термин “шизофазия” принадлежит Э. Крепелину, который в 8-ом издании своего учебника (1913) описал ее в качестве одной из самостоятельных форм раннего слабоумия. Шизофазия — это сбивчивая многоречивость, непрерывный речевой поток с размыванием значения слов, обилием вербальных парафазий (неуместных подмен словами, близкими по смыслу или по звучанию) и лексических новообразований (глоссолалии), несогласованностью членов предложений, незаконченностью фраз. Все это создает впечатление витиеватости, заумности, манерности, разорванности, “соскальзываний”, “сочетаний несочетаемого”, а в тяжелых случаях может достигать степени вербигераций (персевераторной логореи, ритмичного повторения или “нанизывания” слов, сходных по звучанию), глоссомании (больной говорит как будто на “неизвестном языке”) либо жаргона-

фазии (“речевой крошки” из случайного набора слогов и словосочетаний). Но при этом картина спутанной речи парадоксально контрастирует с понятливостью пациентов, их эмоциональной доступностью, рассудительным поведением, сохранностью общей активности и трудовых навыков.

Последнее обстоятельство противоречило крепелиновскому определению раннего слабоумия: “это далеко идущий распад личности с преобладающими расстройствами чувства и воли, слабостью суждений, умственным оскудением”. В последующих руководствах в числе прочих форм раннего слабоумия Крепелин шизофазию уже не упоминал. Объяснение, вероятно, в том, что его систематика эндогенных психозов отнюдь не была дихотомичной, как сегодня многие пытаются ее преподнести. К примеру, “раннее слабоумие”, протекающее с необратимым снижением аффективности и разрушением интеллекта, он четко отделял от “парафрении” — другого прогрессивного заболевания, при котором также формируется дефект, однако, несмотря на нарастание диссоциации аффектов и интеллектуальной деятельности, катаст-

¹ Северо-Западный государственный медицинский университет им. И. И. Мечникова.

рофического опустошения ядра личности не происходит. “Бредовые представления делаются постепенно спутаннее; поведение, разговор, письмо становятся более странными и непонятными, но больные не теряют, даже после десятилетий болезни, своей умственной и эмоциональной подвижности. Парафреников можно отличить детальной психической разработкой бреда, живостью и страстностью эмоциональных реакций, отсутствием волевых расстройств, сохранностью ощущений и связью поведения с содержанием бреда” (Крепелин Э., 1920).

Э. Блейлер в своей концепции шизофрении не отводил ей роль отдельной нозологической формы, подчеркивая наоборот, что “нужно по-настоящему говорить о шизофрениях во множественном числе — как о группе заболеваний, аналогичной, скажем, группе органических болезней, распадающейся на прогрессивный паралич, старческие формы и т.д.”. Но даже при таком широком охвате целой группы разнородных заболеваний, объединенных довольно расплывчатым признаком “раздробленности и расщепления мышления, эмоций, воли и субъективного чувства личности”, Блейлер не возвел шизофазии в ранг “расстройств шизофренического спектра”. Не ставя знака равенства между нарушениями мышления и нарушениями речевых функций, он усматривал в шизофазии вовсе не схизис ассоциаций, а аналогию органических афазий. “Несмотря на то, что речь пациентов может стать непонятной (спутанность речи, словесная окрошка, шизофазия), мысли у них в это время не спутаны, как это видно по их поведению и работе” (Блейлер Э., 1920).

Сближение шизофазии с сенсорной афазией прослеживается далее в работах К. Клейста (1928, 1934), М. С. Лебединского (1959). К данной теме мы вернемся чуть позже.

Противоположная всеобъемлющей психодинамической эклектике Блейлера, крепелиновская установка на тонкую клиническую дифференциацию разных форм психозов получила плодотворное развитие в трудах К. Леонгарда. Приверженцы дихотомий и прочих редуционистских упрощений упрекают его в большом количестве (более 30) выделенных форм эндогенных психозов. Но это — сущий пустяк в сравнении с числом ныне известных эндогенных неврологических заболеваний.

Все эндогенные психозы Леонгард классифицировал в четыре больших группы. 1-я группа — фазные аффективные психозы: чистые (монополярные) и полиморфные (биполярные). 2-я группа — циклоидные психозы (психоз страха-счастья, психоз спутанности и двигательный психоз). Подобно МДП, циклоидные психозы также протекают бездефектно, в виде разделенных интермиссиями фаз, имеют склонность к двухполюсности и прогноз здесь всегда благоприятен — правда, при условии, что в качестве противоречивой терапии не применяются нейролептики. Как и

при фазных психозах, во время приступов нередко наблюдаются подозрительность, идеи отношения, ипохондрические переживания, а также вербальные псевдогаллюцинации и иные обманы чувств. Характерным отличием от фазных психозов являются острота, яркость, выраженный полиморфизм симптоматики. На высоте приступа развиваются и развернутые параноидные состояния, и религиозно-мистический бред с двойственной фантастической окраской, и сновидные помрачения сознания. Естественно, что помрачение сознания зачастую содержит симптоматику более легких регистров — в т.ч., пресловутые “симптомы первого ранга” К. Шнайдера, а иногда переходит на регистр более тяжелый — кататонический, продолжающий в свою очередь сочетаться с картиной онейроида. Однако к шизофрении, по Леонгарду, циклоидные психозы не имеют никакого отношения — точно так же, как нет ничего общего между “системной” и “несистемной” шизофрениями. Включение в группу под названием “несистемная шизофрения” аффективной парафрении, периодической кататонии и предмета данного обсуждения — шизофазии Леонгард объяснил одной лишь традицией объединять этим термином все ведущие к дефекту эндогенные психозы. “Между тем, по своим внутренним связям несистемная шизофрения гораздо ближе к циклоидным психозам, чем к системной шизофрении”. Ибо здесь также нет распада личности, нет поражения витально-инстинктивной сферы, высших мыслительных и волевых процессов. Здесь формируется избирательное и лишь частичное ослабление отдельных функций. Кроме того, “несистемная шизофрения” напоминает циклоидные психозы и столь же быстрым развертыванием симптоматически полиморфных приступов, и тенденцией к биполярности. “Системные формы шизофрении обладают вялотекущим прогрессирующим характером, несистемные же отличаются рецидивирующим течением, а иногда и четко выраженной периодичностью” (Леонгард К., 1968).

Предыдущие клинические описания шизофазии Леонгард дополнил рядом ценных данных.

Во-первых, в динамике заболевания он обнаружил довольно частую (почти 40 %-ную) встречаемость двухполюсного течения с развитием приступов не только речевого возбуждения, но и речевой заторможенности — когда речь оскудевает, а в тяжелых случаях развивается мутизм. Движения при этом замедлены, лицо выражает пустоту и отупение. Больные безразличны к окружающему, но при вопросах фиксируют взглядом врача, морщат брови, как будто хотят что-то вспомнить и иногда надолго застывают с таким выражением. Ступор может на время смениться сбивчивыми запутанными сообщениями или целым словоизвержением. Поэтому Леонгард предложил более точно обозначать данное заболевание термином “катафазия” — подчеркивая тем самым его кататоническую сущность, а именно полное отщепле-

ние эффекторных (психомоторных) функций (в данном случае — избирательное отцепление речевых функций) и от содержания мышления (пусть даже искаженного бредовыми переживаниями), и от эмоционального состояния больного. К тому же, появление при приступах шизофазии чисто кататонических симптомов — паракинетиического беспокойства, акинетических оцепенений — отнюдь не редкость. Приступы обычно сопровождаются и иной неспецифической симптоматикой: аутохтонными аффективными колебаниями, экзальтацией с идеями счастья, фантастическими экспансивными конфабуляциями, страхом с бредом отношения и воздействия, расстройствами узнавания, сенестопатиями, ипохондрическими переживаниями; возможно развитие острого чувственно-бредного бреда и затем онейроида.

Во-вторых, Леонгард впервые дал подробное описание картины развивающегося у больных шизофазией дефектного состояния. Это аффективное притупление с приветливо-уплощенной манерой поведения и отсутствием глубоких эмоциональных порывов. Прежняя говорливость обычно сменяется скупыми фразами, но все равно больные остаются контактными и охотно поддерживают беседу. Ремиссии отмечаются у 71,2 % больных, причем, иногда можно говорить даже о бездефектном периодическом (с интермиссиями) течении. В меньшей части случаев болезнь все же принимает непрерывный характер. Тем не менее, даже при длительном течении заболевания с многократными обострениями активность сохраняется. Больные не только с желанием включаются в трудовые процессы, но и сами ищут, чем заняться.

В-третьих, Леонгард привел любопытные результаты статистического анализа обширного клинического материала, прослеженного на протяжении многих лет. Шизофазия (катафазия) диагностировалась в 11,8 % случаев среди 1465 больных различными эндогенными психозами, включая все формы фазных и циклоидных психозов, “несистемных” и “системных” шизофрений. Средний возраст начала заболевания шизофазией — 29,5 лет. Преобладают мужчины (почти 3:1). Вклад наследственной отягощенности психозами существенно выше, чем при системных шизофрениях, где ведущая этиологическая роль принадлежит токсико-инфекционным факторам в период внутриутробного развития, акушерским осложнениям и другим экзогенным причинам. Она прослеживается примерно в 15 % случаев (при системных шизофрениях — не более чем в 4 %). Тем не менее, это реже, чем при периодической кататонии и при МДП (около 20 %). Заболеванию шизофазией более подвержены жители городов. Имеется тенденция к его учащению.

Видные отечественные психиатры М. О. Гуревич (1949), Г. А. Ротштейн (1961) в целом разделяли точку зрения Крепелина на шизофазию как на разновидность прогрессивного эндогенного психоза. Но к этому времени “шизофренический мицелий” уже по-

глотил все не имеющие ясной органической основы дефект-психозы, да и о “шизофрениях” давно перестали говорить во множественном числе. Дихотомия “МДП — шизофрения” приобрела в умах психиатров статус научно-практической парадигмы (а может, религии?), причем все формы эндогенных психозов, расположенные за пределами “классического” МДП, включая даже бездефектно протекающие леонгардовские циклоидные психозы, оказались на территории шизофрении (последние — в рамках либо “рекуррентного типа” ее течения, либо нового хитроумного изобретения — “шизоаффективного психоза”). Психиатрия погрузилась в пучину психодинамизмов, конституционализма и бесплодных поисков гена гетерогенной группы заболеваний. Попытки изучения церебральных механизмов, объясняющих эту самую гетерогенность — в этиологиях, в клинике, в течении, в исходах, в терапевтической отзывчивости — выглядят диссидентством, если они не следуют духу теории И. П. Павлова или идейно ей близких, но тоже односторонних и также весьма ограниченных нейротрансмиттерных теорий. Безосновательной крамоллой объявлено учение о локализациях психических функций, между тем со времен К. Вернике и К. Клейста продуктивно развивающееся в иных областях нейронаук. Вершиной мастерства психопатолога (ведь так именуют себя некоторые психиатры) стало считаться умение обнаружить в статусе пациента такие “шизофренические симптомы”, которые менее искусственным в изолированных интерпретациях коллегам уловить бывает трудно. Благоприятный исход в случае чего можно наукообразно и очень удобно объяснить “приступообразным течением”. Или с искренне благими намерениями назначить больше нейролептиков; плохой исход тогда не заставит себя долго ждать... Заметим попутно, что признаки раздробленности и расщепления тех или иных функций при желании можно отыскать при любой патологии, не только психической. Во всяком случае, с определенных пор за шизофазией закрепилось прочное место в ряду иных многоликих “симптомов шизофрении”, а вместе с тем неузнаваемо исказилось ее феноменологическое описание.

2. Шизофазия — шизофренический симптом?

Пускай чисто внешнее — но все-таки сходство с картиной истинной речевой разорванности. Плюс отсутствие симптомов мании или явных признаков органического поражения мозга. Плюс бредовые идеи и обманы восприятия — тем более, если это структурные компоненты синдрома Кандинского-Клерамбо. Плюс возможность обнаружить, какой-никакой, но, все же, дефект... Что еще нужно при постановке диагноза шизофрениотропно (или шизофренофильно?) мыслящему психиатру? К тому же — этот многозначный и одновременно однозначный корень “шизо” в

первой части каждого термина... А теперь еще и МКБ-10 предписывает считать “критериями шизофрении” симптомы, которые ни автор концепции Э. Блейлер, ни создатель блестящего учения о психических автоматизмах Г. де Клерамбо не числили в составе облигатных симптомов шизофрении. Более того, МКБ-10 узаконивает существование “острых (!) полиморфных (!) психотических расстройств с симптомами шизофрении (?)”...

Словом, схизофазия оказалась раздробленной и расщепленной схизисом более глобального порядка. Практически ни в одном учебнике или руководстве последних десятилетий прежних описаний шизофазии уже не отыскать. Шизофазия изображается в виде содержательно неопределенных монологов разорванной речи с расплывчатыми ассоциативными связями, стереотипиями и бессвязным набором отдельных слов, в т.ч. неологизмов, преимущественно существительных, облеченных в грамматически правильные выражения. Искусственная схема “резонерство — разорванность мышления — шизофазия” отражает, по мнению современных авторов, количественное нарастание одного и того же процесса распада ассоциативных связей, а заодно и глубину шизофренического дефекта. Правда, А. С. Тиганов в “Руководстве по психиатрии” (1999) упоминает возможность развития у больных эпилепсией с хроническими парафреническими состояниями “своеобразной эпилептической шизофазии” в виде “повествовательного монолога, сочетающего высказывания о событиях реальной жизни и бредовые суждения фантастического, религиозного или обыденного содержания”. Суть “своеобразия”, отличающего “эпилептическую” шизофазию от “шизофренической”, увы, остается загадкой. А главное — является ли “шизофазией” то, что под этим именем ныне описывается?

Призыв В. М. Блейхера (1971) не смешивать крайнюю степень разорванности мышления (сочетание состоящего почти целиком из существительных “словесного салата”, неологизмов и речевых стереотипий) с шизофазией (не подкрепленный, впрочем, вескими аргументами) был гласом вопиющего в пустыне. В подзабытой литературе прошлых лет имелись филигранные описания клиники шизофазии, однако ни одна из работ не показывала типичных отличий шизофазии от тех расстройств ассоциаций, которые Блейлер описал в качестве одного из облигатных симптомов шизофрении.

3. Врачебное искусство в психиатрии

Нужно было обладать не одной только тонкой наблюдательностью психопатолога, но и широкой врачебной эрудицией психиатра-клинициста. Нужно было любить психиатрию, а не себя в психиатрии. Требовались, наконец, незаурядные бойцовские качества, дабы наперекор господствующему и в отечест-

венной, и в мировой психиатрии тренду восстановить во благо больных истину, а заодно отвоевать у паншизофрении хотя бы часть аннексированных территорий. Всеми этими качествами, несомненно обладал известный ленинградский психиатр Ф. И. Случевский. Они-то и позволили ему в интереснейшей монографии “Атактическое мышление и шизофазия” (1975) впервые представить широкой аудитории детально дифференцирующий клинический анализ двух этих совершенно разных явлений.

Во избежание терминологической путаницы Случевский поддержал предложение П. А. Останкова (1927) обозначать шизофреническое расстройство ассоциаций не “разорванностью мышления”, а “атактическим мышлением”. С учетом сложившихся реалий в постановке (или подстановке?) диагнозов практическими психиатрами, Случевский ограничил рамки группы шизофрений наличием облигатных симптомов Блейлера: чувственного обеднения с ослаблением витальных инстинктов, амбивалентности, парабулии (парамимий, парапраксий) и собственно атактического мышления. Эти симптомы, так или иначе, входили в структуру типовых синдромов: либо синдрома интрапсихической атаки, либо кататонического (разумеется, речь шла не о периодической кататонии Кальбаума, а о т.н. “вторичной кататонии”), либо апатобулического. Неспецифические продуктивные симптомы никакой решающей роли для нозологической квалификации не играли, и такой подход при создании будущих классификационных систем представляется абсолютно верным. Что же касается квалификации шизофазии, то в своей исходной позиции Случевский, естественно, опирался на описания ее знаменитыми предшественниками. Непосредственные наблюдения больных были дополнены применением целой батареи патопсихологических тестов, лабораторными и клинико-статистическими исследованиями.

Принципиальная новизна и практическая значимость результатов данной работы Ф. И. Случевского состояла, прежде всего, в выделении главных отличительных особенностей шизофазии. В чем же они заключаются?

Шизофазия — это всегда диалог с явным наличием мотивов высказывания. Больные ищут контакта, активно стремятся выразить свои мысли, сличают намерение и результаты, проявляют живой интерес к реакции и к словам собеседника. Они хорошо понимают и ситуационный смысл, и эмоциональный подтекст обращенной к ним речи. Наряду с грамматической разорванностью, громоздкой логореей, размыванием значения слов, их деформациями, обилием подмен парафазиями, анозогнозией сохраняются цель и гипотеза, темп и интонационно-мелодическая структура речевого сообщения. Все это придает ему психологическое единство. Несмотря на недоступность пониманию отдельных звеньев высказывания, в самых общих чертах его смысловой контекст собеседнику

понятен. С точки зрения синтаксической организации речи, в ней преобладают глаголы, междометия, вводные слова и ходульные выражения. Глаголы часто оказываются новообразованными от существительных и употребляются не в личной, а в неопределенной форме. Путаются падежи, склонения, спряжения; многие фразы остаются незавершенными. Большой не может ни повторить свои речевые формулировки и лексические новообразования, ни каким-то образом развить их, дать хотя бы символическое или паралогическое обоснование и объяснение. Это подтверждает неосознанный, произвольный, автоматический характер шизофазии, свидетельствует об отщеплении речевых функций от мыслительного процесса, который, по крайней мере, в аспектах селекции информации, целенаправленности, категориальных связей не нарушается. Нет и намека на распад программы высказывания, на полисемантизм и десемантизацию, на стереотипизацию и обеднение мышления, на шперрунги и негативизм. Отсутствует “схизис” и в остальных сферах психической деятельности. Речевые расстройства протекают изолированно от продуктивной психотической симптоматики, если таковая развивается. Поступки никак не вытекают из содержания высказываний. Эмоциональное реагирование со временем притупляется и приобретает примитивную окраску, но остается адекватным конкретным ситуациям. Постепенно формируется картина интеллектуальной недостаточности, переходящая иногда в органическую деменцию.

Еще одно весьма существенное отличие шизофазии от атактического мышления состоит в том, что речевые расстройства непостоянны. Они усиливаются при астенизации и при эмоциональном напряжении, могут возникать по типу пароксизмов или по типу приступов, могут усиливаться, ослабевать или исчезать полностью.

Атактическое мышление по каждому из вышеперечисленных признаков представляет собой полную противоположность шизофазии.

Нарушение системы речевых связей при шизофазии обусловлено затруднением доступа к лексике, особенно к звуковому составу слов, с одновременным расторможением произвольно всплывающих обозначений в виде ассоциаций по смежности или по созвучию. Этим и объясняется акустико-амнестический тип замен нужных слов вербальными парафазиями — конечно же, не имеющими ровным счетом никакого отношения к неологизмам. Шизофазию можно охарактеризовать как преобладающее нарушение номинативной (обозначающей) функции речи, в то время как предикативная (повествовательная) речь страдает косвенным, вторичным образом и только лишь частично, а коммуникативные функции речи и дискурсивное мышление остаются сохранными.

4. Этиология и патогенез шизофазии

Спектр нозологических диагнозов, в рамках которых Ф. И. Случевский наблюдал шизофазию, оказался довольно пестрым. Это психозы на почве перенесенного энцефалита, нейросифилис, последствия черепно-мозговых травм, а также случаи, симптоматически квалифицируемые как шизофрения. Ранее Ф. Ф. Детенгоф (1960) описывал шизофазическую форму хронических последствий эпидемического энцефалита Экономо. А. С. Шмарьян (1949) наблюдал картины шизофазии при поражениях височных долей, преимущественно доминантного полушария. С локализацией поражений в височных отделах коры левого полушария связывал развитие шизофазии и М. О. Гуревич (1949). Работы А. Р. Лурии (1969) основаны на материале неврологических и нейрохирургических клиник и не содержат упоминаний самого термина. Однако клиническая картина шизофазии при поражениях средних и задних отделов левой височно-теменной области (извилины Гешля с затрагиванием надкраевой извилины и нижней теменной доли) воспроизведена в них с поразительной точностью. Усиление речевой активности, по всей видимости, одновременно отражает дисфункцию височных структур правого полушария (Деглин В. Л., 1996). Примечательно, что с дисфункциональным состоянием перечисленных или близко прилегающих мозговых структур связано возникновение именно тех обычно совместно сочетающихся с шизофазией психопатологических симптомов, которые независимо друг от друга описали в своих трудах К. Леонгард и Ф. И. Случевский. Обязательные симптомы ядерной шизофрении, включая атактическое мышление, имеют связь с иной локализацией. Вне всякого сомнения, они представляют собой признаки поражения лобных и стриарных отделов мозга. Все эти данные были неоднократно подтверждены в многочисленных работах отечественных и зарубежных исследователей. Неудивительно поэтому, что Случевский, вслед за Клейстом, провел прямую аналогию между шизофазией и височной (сенсорной) афазией.

Не исключено, что часть случаев шизофазии связана не с первичным поражением речевых корковых центров, а с нарушениями прохождения нервных импульсов в ассоциативных волокнах дугообразного пучка, который связывает зону Вернике (корковый центр системы речевых связей и понимания смысла слов, височная доля) с зоной Брока (корковым центром речевой моторики, конструирования и понимания речи, лобная доля) и обеспечивает внутренний мониторинг речи. Приступообразность, обратимость шизофазии могла бы тогда объясняться изменениями в процессах мозгового саморегулирования со стороны срединно-стволовых (диэнцефальных) отделов (как при фазных и циклоидных психозах). Это только гипотеза, но при ее подтверждении правильнее будет

говорить не об афазии Вернике, а о проводниковой афазии.

Поскольку развитие шизофазии бывает вызвано самыми разными этиологическими причинами, Случевский пришел к выводу, что ее следует рассматривать в качестве неспецифического синдрома.

Кто прав, Крепелин с Леонгардом или Случевский? И что мы можем считать нозологической формой, а что — синдромом?

Прежде всего, полезно вспомнить постулат, гласящий, что одинаковые клинические картины могут быть обусловлены разной этиологией — точно так же, как один и тот же этиологический фактор может обусловить развитие совершенно разных болезней. В одних случаях язвенная болезнь связана с наследственным предрасположением, в других — с *Helicobacter pylori*, в третьих — с алиментарным фактором или с курением, у кого-то — со стрессом, а иногда обусловлена целой констелляцией причин, но независимо от того она сохраняет статус нозологической формы. Почему бы не формулировать и не различать диагнозы: “эндогенная язвенная болезнь”, “последствия грубых алиментарных погрешностей с синдромом язвы 12-перстной кишки”, и т.п.? Вот только что от этого изменится? К примеру, если алиментарная погрешность была уже в прошлом, а болезнь по своим общим законам продолжается? Во-вторых, многое зависит от объема и системности поражения. Хронический гастрит — нозологическая форма, но при развитии язвенной болезни уже по праву может считаться одним из характерных ее синдромов. Далее, большое значение имеет локализация. Можно считать язвенную болезнь одной нозологической формой, но есть резон выделять в качестве самостоятельных нозологических единиц язвенную болезнь желудка и язвенную болезнь 12-перстной кишки — хотя бы потому, что первая имеет склонность к малигнизации. Наконец, категорическое противопоставление “эндогенных” и “органических” заболеваний лишено патофизиологического смысла, поскольку функция не может стать нарушенной, если не повреждена породившая эту функцию структура. Эндогенизация, т.е. саморазвитие болезненного процесса в отрыве от некогда вызвавшей его первопричины, и наследственные заболевания, число которых в психиатрии можно пересчитать по пальцам — вовсе не одно и то же. Те случаи, что мы привыкли считать шизофрениями, все вместе по своему происхождению никак не связаны с какой-то одной этиологией. Именно поэтому “так называемая шизофрения, рассматриваемая как некое единство, совсем не пригодна для глубоких этиологических изысканий” (Леонгард К., 1968). Добавим: для клинико-патогенетических и для терапевтических изысканий — тоже.

Таким образом, в случаях своего подкоркового происхождения шизофазия может рассматриваться как нозологическая форма, а в случаях формирования морфологических изменений в корковых областях мозга — как составная часть системного органического заболевания.

Послесловие

Уникальная работа Ф. И. Случевского не получила должного внимания со стороны современников. Это вовсе не означает, что труд его был напрасным. Ведь “рукописи не горят”!

Прежние, некогда всемогущие в психиатрии империи аменции, затем — истерии давно и бесповоротно рухнули. Падение третьей, шизофренической империи также неминуемо.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гуревич М. О. Психиатрия. — М.: Медгиз, 1949. — 502 с.
2. Деглин В. Л. Лекции о функциональной асимметрии мозга человека. — Амстердам — Киев: Женефская инициатива в психиатрии, Ассоциация психиатров Украины, 1996. — 151 с.
3. Детенгоф Ф. Ф. Психозы и психические изменения при эпидемическом энцефалите. — М., 1960. — 328 с.
4. Крепелин Э. Введение в психиатрическую клинику. — М.-П.: Гос. изд-во, 1923. — 232 с.
5. Кронфельд А. Проблема синдромологии и нозологии в современной психиатрии // Труды Невропсихиатр. ин-та им. Ганнушкина. — М., 1940. — № 5. — С. 12 — 26.
6. Лебединский М. С. Актуальные вопросы клиники речевых нарушений. — Вопросы патологии речи. — Харьков, 1959. — С. 15 — 23.
7. Лурия А. Р. Высшие корковые функции и их нарушения при локальных поражениях мозга. — М.: Изд-во МГУ, 1962. — 432 с.
8. Останков П. А. О некоторых клинических вариантах речевой бессвязности при шизофрении // Обозрение психиатрии, неврол. и рефлексологии. — 1927, № 2. — С. 81 — 90.
9. Ротштейн Г. А. Ипохондрическая шизофрения. — М., 1961. — 138 с.
10. Случевский Ф. И. Атактическое мышление и шизофазия. — Л., Медицина. — 1975. — 160 с.
11. Руководство по психиатрии / Под ред. А. С. Тиганова. — М.: Медицина, 1999. — Т. II. — 784 с.
12. Шмарьян А. С. Мозговая патология и психиатрия. Том 1. — М.: Медгиз, 1949. — 352 с.
13. Bleuler E. Руководство по психиатрии. — Берлин: Врач, 1920. — 542 с.
14. Kleist K. Gehirnpathologische und lokalisatorische Ergebnisse über Hörstörungen, Geräuschbheiten und Amusien // Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie, 1928. — Vol. 68. — S. 853 — 860.
15. Kleist K. Der Bau — und Funktionsplan der GroBhirnrinde. Gehirnpathologische und lokalisatorische Ergebnisse. 10. Mitteilung. // Nervenarzt, 1934. — Vol. 7. — S. 329 — 334.
16. Kraepelin E. Psychiatrie. Ein Lehrbuch. 8 Aufl, Bd. III: Klinische Psychiatrie. — Leipzig: Barth, 1913. — 1395 sec.
17. Leonhard K. Aufteilung der endogenen Psychosen. — Berlin: Akademie-Verlag, 1968. — 415 s.

Гневливая мания или шизоаффективный психоз?

Разбор ведет профессор А. Г. Гофман (17 марта 2011 г.),
Врач-докладчик М. А. Фарамазов

Уважаемые коллеги, вашему вниманию представляется б-й Вадим М. 23 лет. Поступил в ПБ № 3 им. В. А. Гиляровского 15.02.2011 г. в недобровольном порядке, стационарирован дежурным психиатром по городу.

Анамнез. Наследственность психическими заболеваниями неотягощена, старший брат злоупотребляет алкоголем. Больной родился в Республике Башкортостан, в сельской местности. Мать — бухгалтер, отец — столяр. Отец в 1999 г. погиб в автокатастрофе. С родителями отношения всегда были очень хорошими, теплыми, доверительными, сохраняются с матерью до сих пор такими, воспитывался без гиперопеки. Роды больным были затяжными, с большой кровопотерей у матери, ей проводилось переливание крови. Ранее развитие своевременное. Посещал дошкольные детские учреждения, предпочитал подвижные игры, проблем с дисциплиной не было.

В школе с 7 лет. С 9 лет активно занимался спортом (бокс и ушу), участвовал в соревнованиях. Но разрядов нет, говорит “потому что на сборы не ездил, надо было учиться”. Окончил 9 классов и фармацевтический колледж в городе Бирске (Башкортостан), проучился 4 года, успешно закончил его, имеет специальность фармацевта. Учился хорошо и отлично, активно участвовал в организационной работе и художественной самодеятельности. С 15 лет увлекается музыкой, сам пишет слова и музыку в стиле рок и рэп, по его словам, “в стиле Виктора Цоя”. Песни в своем исполнении размещает в интернете. Зарегистрировал авторские права. В 17 лет сделал себе несколько татуировок на груди и руках. Родители относились к этому без восторга, но серьезных конфликтов по этому поводу тоже не было. Любит читать, любимые писатели — Шекспир, Коэльо, Драйзер. Последнюю книгу “Стоик” Драйзера прочитал 2 месяца назад.

Мать больного характеризует его как доброго, отзывчивого, самостоятельного, участливого, активного и очень общительного. Всегда было и есть много друзей и знакомых. По окончании колледжа единственный из выпуска был распределен в Москву (серия аптек “36,6”). Проработал год в Москве фармацевтом. Затем, в 2008–2009 годах служил в армии, в Железнодорожных войсках. К службе адаптировался хорошо,

воспоминания о службе хорошие. В Москве с 2009 года, работает в фармацевтической фирме “Гексал” менеджером. Не женат. Проживает на съемной квартире с матерью и братом. Брат старше на 7 лет, мастер отделочных работ, страдает алкогольной зависимостью. Сейчас мать и брат временно не работают, М. фактически их содержит.

Перенесенные заболевания. В дошкольном возрасте — ветряная оспа, и гепатит “А” в 6 лет. Правосторонний средний отит в 8 лет. Серьезных черепно-мозговых травм не было, получал удары по голове во время занятий спортом (бокс и ушу), но потерь сознания не было и других негативных последствий этих травм не отмечал.

Никогда не употреблял психоактивных веществ, не курит и не алкоголизируется, считая это своей жизненной позицией.

Сколько себя помнит, отмечались периоды “повышенной активности”, “повышенного настроения” каждую весну, продолжительностью около двух недель. Депрессивных эпизодов ни больной, ни его мать отметить не могут. Ранее к психиатрам никогда не обращался.

Поведение больного не вызывало у его близких опасений до начала осени 2010 г. С осени стал очень много времени проводить за компьютером, мало спал и при этом в больших количествах стал принимать цитрамон, по словам матери, пил его целыми горстями, негативно реагировал на ее замечания по этому поводу, говорил, что “у него очень много работы”, ему “нельзя спать”. Стал раздражительным, суетливым, капризным, однако до серьезных инцидентов дома дело не доходило. Еще более состояние изменилось с конца декабря — начала января, стал внутримышечно вводить препарат милдронат, говорил, что это ему “нужно для занятий боксом”, для “увеличения мышечной массы”. Начал проповедовать, по словам матери, “учение профессора Жданова” — это абсолютная трезвость, пить нельзя вообще, это заговор против русского народа и так далее; читал парамедицинскую и психологическую литературу, говорил, что может “исцелять наложением рук”, пытался лечить брата от алкоголизма подобным образом. Появились странные знакомые: “цыганка Алена”, ее много-

численные родственники (с ней познакомился на вокзале, после того как она ему погадала), говорил матери, что брат этой цыганки будет продюсировать его творчество, что он записал при его помощи свои песни в студии. С Аленой был в близких отношениях, говорил даже о браке, несмотря на негативное отношение матери к этому намерению. Недавно приобрел газовый пистолет, по его словам, “развлекался стрельбой по пустым банкам, возвращаясь с работы”.

11 февраля был задержан сотрудниками милиции в связи с нелепым, агрессивным поведением — в маршрутном такси угрожал водителю пистолетом, требовал “ехать быстрее”. Водитель сумел затормозить у милицейского поста и обратился за помощью к сотрудникам милиции. Больной был задержан, милиционерам оказал сопротивление. Возбуждено уголовное дело по статье “Терроризм, захват транспортного средства”. Находился в следственном изоляторе № 1. В камере было нелепое поведение: рвал простыни, обматывал обрывками руки, пытался эти простыни поджечь, забил ими раковину. Называл себя “факиром”, пытался лечить сокамерников, “налагая на них руки”, и агрессивно реагировал на их замечания.

15.02.2011 г. осмотрен дежурным психиатром по городу и стационарирован в ПБ № 3 в недобровольном порядке. В приемное отделение был доставлен фиксированным. В течение 3 суток находился под охраной сотрудников милиции, они отказывались покидать наше отделение, требовали с нас гарантии, что он никуда не убежит. Постоянно звонил и сейчас звонит следователь, интересуясь его состоянием. 18 февраля Преображенским районным судом г. Москвы было удовлетворено заявление ПБ № 3 о стационарировании М. в недобровольном порядке на основании ст. 29 п. “а” и “в” Закона РФ “О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании”.

Состояние при поступлении: Ориентирован во времени приблизительно, осознает, что находится в ПБ. В кабинет врача идти отказался, осматривался в палате. Правильно назвал свои фамилию, имя, отчество. Возбужден, двигательльно расторможен, дурашлив. Глаза полузакрыты, на лице выражение злобы, скалит зубы, гримасничает. Временами замирает, принимает на постели нелепые, вычурные позы (ложился на кровать животом вниз, запрокидывал назад голову, отводил назад руки, сгибал ноги в коленях, широко разводя одновременно ноги в стороны). При этом контакт с больным на какое-то время терялся. Объяснял это тем, что у него “после ваших уколов болят ягодицы”.

Говорит очень громко, быстро, речь с “напором”, отдельные слова выкрикивает, нецензурно бранится в адрес милиционеров и врача. К врачу обращается: “ты тупой, что не понимаешь, что я сказал!” и далее подобным образом. Негативистичен при осмотре и беседе. На вопросы отвечает не по существу, постоянно сбивается на многословные обвинения в адрес милиции. В своем поведении в такси ничего нелепого и

противозаконного не видит. Со злобой говорит о водителе “Газели”: “Я опаздывал на работу, а он не ехал, вымогал у меня 700 рублей”, “его надо было наказать”. Постоянно протягивает вперед руки, показывает ссадины на пальцах и запястьях, называет их “ранами”, говорит, что его “избили”. Полностью в переживаниях не раскрывался.

Себя считает психически здоровым, грубо некритичен к состоянию, ситуации. Требуется немедленной выписки, отказывается подписать согласие на госпитализацию и лечение. Утверждает, что у него “всё хорошо”, “всё прекрасно и замечательно”, “плохо только “от ваших дурацких уколов”.

В отделении первое время (3–4 суток) сохранялось возбуждение, многоречивость, дурашливость и грубая демонстративность. Сохранялся ускоренный темп мышления и речи, с врачами и персоналом держался без дистанции, легко озлоблялся. Говорил, что “владеет пальмингом”, может лечить наложением рук, так как этому “можно научиться”. Комментировал действия персонала, навязчиво требовал отправить его в изолятор, так как “там хорошо”, “там лучше, чем здесь”, “люди хорошие”, легко нашел с ними общий язык. Опасений по поводу своего будущего не было. Свое поведение (захват такси) считал полностью оправданным — “меня спровоцировали”, простыни рвал — чтобы “замотать раны”, полученные от побоев, при этом продолжал указывать на царапины и следы от наручников.

На фоне терапии — галоперидол, неуплептил, седалит, клопиксол-акуфаз — состояние значительно улучшилось, исчезли двигательная расторможенность и дурашливость, практически нормализовались темпы мышления и речи. С врачами и персоналом старается держаться вежливо, стал менее раздражительным, полностью подчиняем. Нелепые позы перестал принимать на 3 сутки пребывания. Мимика о наличии обманов восприятия не свидетельствует. Сам больной их наличие как в прошлом, так и в настоящем категорически отрицает. Читает, общается с сохраненными больными. Однако к ситуации критика в полном объеме не восстановилась, сожалеет о происшедшем формально, по-прежнему считает, что в изоляторе временного содержания ему было бы лучше. Своим будущим фактически не обеспокоен. Также, хотя и неохотно, развивая эту тему, продолжает говорить о своих особых способностях, что он может лечить руками. Но говорит, что этому может научиться всякий, если тренироваться и читать соответствующую литературу.

Сейчас больше обеспокоен не столько тем, что его судить будут и отправят на принудительное лечение, а тем, потеряет работу или нет. Это сейчас основное его беспокойство. На вопрос “Не обеспокоен реально уголовным делом?” он говорит: “Да какое уголовное дело?! Пистолет был не настоящий. Его прекратят”. — “Почему ты так считаешь?” — “Мне внутренний

голос подсказывает. Вот у меня такая уверенность, что, слава Богу, всё будет хорошо”. Оценивая свое состояние на момент госпитализации, сказал, что он понимает, что наломал дров, но “я бы хотел вернуться в то состояние, которое было именно тогда”, потому что “тогда всё было хорошо, и энергия была”, а сейчас “всё как-то тускло”.

15.03.2011 г. М. консультирован профессором Циркиным С. Ю. Заключение: Мания с психотическими симптомами — F30.28 по МКБ-10.

Заключение терапевта: — здоров.

Заключение невролога: психо-вегетативный синдром.

Эхоэнцефалограмма — в пределах нормы.

Психолог Казачкова И. А.

Пациент был госпитализирован 15 февраля, мной обследование было проведено 10 марта.

Обследуемый продуктивному контакту доступен, на вопросы отвечает в плане заданного. В месте, времени и собственной личности ориентирован полностью. В контакте склонен к нарушению дистанции, стремится показать себя с наиболее выгодной стороны. Словарный запас не богат, избилует жаргонными выражениями, эпизодически употребляется нецензурная брань, речь несколько ускорена по темпу. Каких-либо жалоб на текущее психическое состояние пациент не высказывает. Психически больным себя не считает. Госпитализацией тяготится, считает, что находиться в изоляторе временного содержания для него было бы лучше. Навязчив в вопросах о сроках выписки. Отношение к обследованию преимущественно формальное. Критичность к допущенным ошибкам снижена. Пациент зачастую стремится побыстрее завершить задание, не заботясь о качестве его выполнения. К концу обследования больной утомляется. К результатам обследования проявляет интерес поверхностного характера, периодически спрашивает: “вы мне скажите — нормальный я или нет?” О каких-либо результатах детально не спрашивает, это его не интересует.

Объем внимания не сужен, проявляются признаки его неустойчивости. Объем непосредственного запоминания находится в пределах нормы, показатель ретенции несколько снижен для возраста 23 лет. То есть, кривая запоминания при заучивании 10 слов составляет 7, 7, 9, 10 и в конце 9 единиц, при отсроченном воспроизведении пациент воспроизводит 7 единиц.

Введение опосредования повышает эффективность запоминания до 90 %. Ассоциативные образы адекватны предложенным для запоминания понятиям по смыслу и банальны по содержанию, каких-либо особенностей характерных нет. Например, пациент на слово “развитие” изображает человека, подтягивающегося на турнике. Это не является каким-то особенным образом. На слово “ссора” он рисует разбитую тарелку, так рисуют очень часто.

Сфера мышления характеризуется формальной доступностью основных мыслительных операций, преобладает категориальный способ решения мыслительных задач. Однако встречаются единичные решения, основанные на конкретных признаках предметов и явлений. Например, при выполнении классификации предметов пациент образует группу, которую составляют “уборщица” и “кастрюля”, называя эту группу “домохозяйка”. Пословицы толкуются преимущественно адекватно, однако отдельные субъективно и поверхностно. Например, пословицу “Назвался груздем, полезай в кузов” больной толкует так: “Как назовешься, так тебя и примут”. В конечном итоге он искажает переносный смысл этой пословицы.

Эмоционально-личностная сфера обследуемого отличается неустойчивостью эмоционального фона, невысоким уровнем критичности, поверхностностью. Проективная диагностика выявляет повышенный уровень агрессивности, негативизм, скрытность, а также присутствие диссимулятивной установки.

Таким образом, при настоящем психологическом обследовании на первый план выступает неустойчивость внимания, незначительное ослабление отсроченного запоминания, неравномерность процесса обобщения у поверхностной личности с повышенным уровнем агрессивности и невысоким уровнем критичности.

— *Что значит — присутствует диссимулятивная установка, в чем это выражается?* — Это выражается в том, что он стремится выглядеть, производить гораздо более здоровое впечатление, нежели это проявляется в обследовании. Он настаивает на том, что он полностью здоров. — *Понятно.*

— *Вы сказали “утомляемость”. В чем она выражается?* — В увеличении темпа выполнения заданий, в количестве допущенных ошибок.

— *Нарушение дистанции — это как?* — Он периодически переходит на “ты”.

Врач-докладчик. До недавнего времени, например, он мог просто подойти ко мне и сказать: “Доктор, мама принесла мне плеер, вы не можете его починить?” Обращался даже вежливо, но “эй, док”, вот такое панибратство, оно сохранялось. И вот только, пожалуй, сейчас он стал держаться в рамках.

Казачкова И. А. Да, в обследовании после неоднократных замечаний по этому поводу, он все равно продолжал “тыкать”.

— *Он вас по имени называл?* — Пытался, я его возвращала на имя-отчество, он периодически переходил к обращению по имени.

Ведущий. Всё? Пожалуйста, врач-докладчик, Вы еще не закончили. Как Вы его лечили и чем?

Врач-докладчик. — Лечили мы его первоначально: галоперидол по 5 мг 3 раза в день внутримышечно, аминазин — 50 – 50 – 100мг, циклодол — по 2 мг 3 раза в день, азалеппин — 50 мг на ночь, клопиксол-акуфаз — 100 мг в течение 3 дней. С 18-го февраля

ля, когда его поведение стало более или менее упорядоченным и он согласился принимать таблетки, мы перевели его на ту же дозировку галоперидола внутрь, убрали аминазин и ввели седалит. — *С какого дня седалит?* — С 3-го дня, с 18-го числа, 600 мг 3 раза в день.

Сейчас он находится на дозировке галоперидола 5 мг 3 раза в сутки и седалит — по 300 мг 3 раза в сутки. — *А в крови-то не смотрели?* — Нет, в крови не смотрели.

Ведущий. Какие-то вопросы есть к докладчику? Нет. Тогда давайте посмотреть больного.

БЕСЕДА С БОЛЬНЫМ

— Добрый день, вот сюда, пожалуйста. Давайте, сюда поближе ко мне, да. Вадим Вас зовут? — *Да.* — Сколько времени Вы уже здесь находитесь? — *Месяц и один день.* — А какая причина была того, что Вы оказались здесь? — *Посчитали, что я невменяем, сюда привезли с ИВС.* — Невменяемый — это не точное название. Невменяемый — это суд определяет, а Вас почему поместили, что произошло? — *Ну, почудил немножко в ИВС.* — А что означает “почудил”, что сделал? — *Вел себя не так, как обычно ведут.* — А что значит “почудил”, в чем это выражалось? Что Вы сделали? — *Я разбил там окно верхнее, стеклопакет.* — Где? — *В ИВС.* — Это что такое? — *В изоляторе временного содержания.* — А в изолятор почему попали? — *Попал туда, потому что торопился на работу и приставил пистолет пневматический...* — К голове, чьей? — *Да, к голове водителя.* — А водитель что вел? Троллейбус, автобус? — *Маршрутка обычная.* — Маршрутка? — *Да.* — Ну, а зачем нужно было? Можно было попросить быстрее ехать. — *Можно. Я его попросил, я ему говорил, давай 200 рублей тебе дам и поехали.* — А он мог быстрее ехать, может, пробки были? — *Мог, нет, он мог. Он не быстрее ехал, он вообще не трогался с места.* — Ну, ждал пассажиров что ли? — *Да, ждал пассажиров. Я говорю: “200 рублей дам и поехали”. А он говорит: “700 рублей давай”.* — То есть вот и тогда Вы приставили пистолет. Пистолет какой был? — *Пневматический “Зигзаур 2022-pro”.* — Если выстрелить, что будет? — *Да ничего особого не будет...* — Нет, но если выстрелить в голову из пневматического, что будет? — *Синяк просто останется.* — Пневматический, чем он заряжен, какие пули? — *Пули металлические. Если в упор стрелять, ничего не будет.* — Пули металлические? — *Да.* — Но металлической пулей можно и голову пробить. — *Если в упор стрелять, ничего не будет. Разгон пули должен быть.* — Но Вас задержали. — *Задержали.* — А как сейчас Вы оцениваете эти действия? Пистолет к голове? — *Да вообще глупо, глупо было, очень глупо.* — А что же это было за такое состояние, когда Вы начали делать глупости? Ведь вообще Вы не глупый человек? — *Нет.* — У Вас есть

образование? — *Есть.* — Вы работаете менеджером? — *Да.* — Почему вдруг такой поступок, что произошло? — *Да я был просто на взводе, мне нельзя было опаздывать вообще на работу.* — А сколько времени Вы уже были на взводе, прежде чем это случилось? — *Вот этот день именно, именно в этот день.* — Погодите, а до этого? — *До этого нормально всё было.* — Абсолютно нормально или все-таки было некоторое отклонение от нормы, пусть небольшое? — *Нет. Ну, может, небольшое было отклонение, я не знаю, для себя...* — Если было небольшое отклонение, то в чем оно выражалось? Ну, вот скажем, как Вы спали? — *Спал нормально.* — Не было так, чтобы Вы как-то по-другому стали спать? — *Нет, спал обыкновенно.* — Сколько часов спали? — *Но я мало часов сплю. 4, 6, 8, так вот.* — Нет, погодите, одно дело — 4, другое — 8. Сколько часов спали? — *Ну, иногда 4 часа сплю, иногда 8 часов сплю.* — Это давно началось — сон по 4 часа? — *Да как с армии приехал.* — Ах, вот так. Ну, а что Вы сказали, что немножко вроде был активен? И когда эта активность началась? Давно? — *Давно, да.* — Сколько времени уже эта повышенная активность? — *Месяца два, наверное.* — Эта активность в чем выражается? Вы всё быстрее делаете? — *Всё быстрее делаю, да.* — Или в чем-то еще? — *Всё быстрее делаю, просто стараюсь. Тем более я работаю администратором в аптеке, там нужна быстрая координация внимания.* — Появилась повышенная активность, как с настроением обстояло дело, оно было ровное, спокойное или не очень? — *Нормальное, нормальное было.* — А не было так, что иногда начинали раздражаться, кричать на окружающих? — *Нет, нет, такого не было.* — На близких людей никогда не приходилось кричать, если что-нибудь не так? — *Нет, я не такой человек.* — Этого не было ничего? На работе было всё в порядке? — *В порядке всё было.* — Или Вам делали некоторые замечания? — *Нет. Какие замечания? Мы работали там вообще* — А вот что за история была, цитрамон начали есть? Это зачем? — *Цитрамон я просто купил домой, чтобы он был и всё. Я его не ел.* — Ел и помногу, это точные сведения. Вот что это такое было? — *Нет, не по многу я ел.* — Ну как, по пачке сразу, зачем? — *Нет, вы что, какая пачка сразу? Ну, в день, может быть, три таблетки я съедал.* — А от чего цитрамон Вы принимали? — *От головной боли.* — Покажите, где болела голова. Можете показать? — *Но вообще от боли я принимал.* — Подождите, что значит “вообще от боли”? А что болело? — *Да что болит, от того и принимаю. Это же универсальное противовоспалительное и обезболивающее средство.* — Но у Вас воспаления никакого не было? — *Не было.* — А цитрамон принимали. Как он на Вас действовал, цитрамон? — *Да никак не действовал, просто боль снимал и всё.* — Но какая боль чаще бывала зубная, головная? — *Головная.* — Рукой можете показать, где болела голова? Вот здесь. Это какая была боль? — *Виски болели. Ну, как обычно у*

человека мигрень. — Ну, мигрень это одно дело. А боль была какая? Пульсирующая, колющая, давящая? — Пульсирующая. — Так, и вот приняли цитрамон, вроде бы полегче стало? — Да, конечно. — Так, сколько времени продолжался прием цитрамона? — Один день. Один день я его, наверное, принимал и всё. — Один день или побольше? — Нет, не больше. Он просто дома лежит много, мать, наверное, подумала, что я много его пью. На самом деле я просто пачек купил 10, чтоб было и всё, и они лежали. — Ну, хорошо. Вас задержали, арестовали, направили, а там Вы стеклопакеты разбили. — Да. — Зачем? — Ну, я агрессивен был на них, мне позвонить не давали они. — А стеклопакет чем виноват? — Стеклопакет не виноват, я делал это для привлечения внимания. — Привлекли, и что получилось? — Ну, сначала всё нормально было, они нам сигареты начали нормально давать. У нас сигареты закончились когда, начали сигареты давать, там обед, ужин. Как к людям начали ко всем относиться в камере. — После того, как Вы стеклопакет разбили? — После того, как я начудил, да. — Ну, а потом чем всё закончилось? — Закончилось тем, что сначала они позвали из психиатрии... — А как Вы думаете, почему им пришлось в голову позвать психиатра? Что Вы такое сделали, что надо было позвать психиатра? — Ну, они, наверное, думали, что я там с нитками делаю или еще что-нибудь, они так думали. — С какими нитками? — Ну, нитки, это нам давали пододеляльник и наволочку, а наволочки легко разрывались. Так вот, я их разрывал и обматывал себе руки. — Это им не понравилось? — Да, это им не понравилось. — А зачем обматывали руки? — Ну, стеклопакет я тоже также разбил: обмотал руку и... — И разбил стеклопакет, понятно. Ну, и вот позвали психиатра, привезли сюда. Вы хорошо помните состояние, когда Вас сюда привезли? — Помню. — Почему ругались? — Ну, ругался, зол потому что был на всё и всех. — На кого? — На всех вообще. — Ну, на врача чего было злиться? Врач ведь помогает, чего на него злиться? — Ну, психиатрия же это все-таки. — А врач-психиатр это что, разве не врач? Почему ругались? — Ну, не знаю, зол был, говорю. Я даже не разграничивал врач там или не врач. — Сколько времени была такая злость и обида на врачей? Сколько времени это продолжалось? — Не было у меня обиды и злости конкретно на врачей. — Не было. Ну, а сколько времени длилось вот то состояние, которое вначале, когда вы приехали, когда Вы ругались, сколько это длилось? — Не знаю. День, наверное, сутки. Пока меня кололи. — Не больше, не 3 – 4 дня? — Нет. — Потом Вам начали давать лекарства, как Вы говорите “обкололи”. В результате этого обкалывания, что изменилось в Вашем состоянии? — Я успокоился и вообще обмяк весь. — Как Вы считаете, это на пользу? — Ну, на пользу для дальнейшего, конечно, на пользу, я считаю. — Для чего для дальнейшего? — Ну, я буду более осознанно теперь поступать. — Но

вот Вы считаете, что уже совершенно нормальное состояние или кое-что еще остается? — Считаю, совершенно нормальное состояние свое. — Может быть, все-таки не совсем, не на 100 процентов? — На 100 процентов, считаю. На 100, 150, сколько ... — Что делаете здесь в отделении? — Вообще чем занимаюсь? — Ну, да, конечно. — Играю в шахматы. — Как, проигрываете, выигрываете? — Выигрываю. — Еще что делаете? — В нарды играю тоже. — Тоже выигрываете. — Периодически выигрываю, да. — Так, еще что делаете? — Общаюсь с ребятами, которые в палате лежат. — Газеты хоть читали? — Читаю книги. — Радио слушали? — Радио — нет. Я слушал mp3-плеер, мне приносили, apple i-pod. — Ну, хорошо. Читали, и что? Заинтересовало что-нибудь или это очень далеко сейчас от Вас? Что в газетах пишут? — Нет, газеты я не читал. — Газеты не читали, понятно. Какие планы на ближайшее будущее? — Когда выпишут? — Ну, да, когда Вы полностью поправитесь — Когда выпишут, на работу пойти, реабилитироваться. — Значит, дело не просто в выписке. Вы знаете, что судебное дело завели? — Да. — Ну, и как Вы считаете, как это должно дальше развиваться? — Да, этот вопрос тоже решать. — А как это решать, кто будет это решать? — Ну, мама там пока общается с адвокатом, а я потом выйду, сам буду. — Нет, но решает ведь суд. — Суд решает, да. — Значит, сначала нужно дождаться судебного решения. — Но у меня судимости не было ни разу, я думаю, они меня простят. От 0 до 5 там потому что, может, условное дадут. — Может быть, но это суд решает. Все-таки довольно опасные действия предприняли. — Да какие опасные? — Они обвинили Вас в чем? — Хулиганство. — Хулиганство? — Да. — Хулиганство или по-другому как-то они квалифицировали? — Хулиганство, 213 статья “Хулиганство”. — А не “террористическое действие с угоном транспорта”? — Нет. — Нет. Просто хулиганство. — Хулиганство, 213 статья. — Скажите, пожалуйста, вот в течение прошлой жизни бывали когда-нибудь состояния подъема энергии? — Были, конечно. — Это в какие месяцы года чаще бывало? — Весной. Ближе к маю у меня поднимается настроение. — И сколько длится этот подъем? — Лето всё, наверное. — Всё лето? — Да. Пока солнце светит. — В чем обычно этот подъем выражается? — Я становлюсь более активным, успеваю больше дел делать. — И всё быстрее? — И всё лучше, да, качественнее. — Как аппетит в это время? — Аппетит хороший. — Как сон во время подъема? — И сон хороший. — А бывает так, что не просто подъем, но подъем еще и с гневливостью, раздражительностью? — Нет, нет. Я не такой человек. — Этого никогда не было? А противоположные состояния пониженного настроения бывали когда-нибудь? — Нет, не было такого вообще. Ну, депрессия была только, когда девушка бросила и всё. — Давайте я Вас так спрошу: были ли состояния, которые можно на-

звать так: тоска, депрессия, апатия, тревога? — *Ну, были, наверное, как и у всех людей.* — Ну, у всех по-разному. А вот у Вас были эти состояния, они сколько длились — 15 минут или 15 дней? — *15 минут, скорее.* — Вот когда девушка бросила, сколько времени длилась депрессия? — *Но вот это да, продолжительно, месяца 2, наверное, вообще я был в депрессии.* — А из-за чего размолвка произошла? — *Да просто не поняли друг друга и всё.* — Не потому, что Вы были грубы, резки? — *Нет.* — Нет. Но потом нормально всё стало? — *Потом нормально всё.* — У Вас какие планы на отдаленное будущее? Будете работать, будете получать образование еще какое-то? — *Образование у меня, да, я хотел поступить...* — Какое? — *Получить какое-нибудь психиатрическое такое образование.* — А зачем Вам психиатрическое? — *Психологом хотел стать, представляете.* — Психолог — это не психиатр. А зачем Вам психологическое образование? — *Психоаналитиком хотел бы стать.* — Зачем Вам психоанализ? — *Мне интересен просто.* — Но Вы ведь рассказывали, что Вы какими-то особыми способностями обладаете, можете помочь людям что-то излечить или облегчить состояние. — *Да на словах только, скорее, и всё.* — На словах? — *Да. Человека настроить на лечение.* — А вот насчет того, что руки накладывать на голову, это как? — *Но это тоже есть, это “пальминг”, любой человек может этим заниматься.* — Ну, заниматься может, но получалось у Вас? — *Я этим занимался, у меня получалось.* — А потом был у Вас такой период необычный, какое-то знакомство с цыганкой. Это зачем? — *Но это знакомая. Знакомая и знакомая, а что?* — Что значит “знакомая”? — *Но она обычная знакомая девушка, дружим мы с ней.* — Давно стали дружить? — *Год уже прошел.* — Целый год? — *Да.* — Она на меня никакого влияния на самом деле не оказывает. — Ни положительного, ни отрицательного? — *Нет.* — Ну, хорошо. Кто Вас здесь навещал? — *Мать, брат.* — Как, когда они приходят, у Вас всё в порядке, не ссоритесь? — *Да нет, конечно. Я рад тому, что они приходят.* — Что-то требуете от них? — *Чего требовать? Ничего не требую.* — Этого никогда не было.

Какие вопросы? Кто что хочет спросить? Вот это всё — доктора. — *Я понял.* — И Вы здесь находитесь для того, чтобы мы решили, как Вам лучше помочь, как сделать так, чтобы Ваша дальнейшая жизнь сложилась благоприятно. Поэтому вопросы, которые Вам будут задавать, направлены на уточнение состояния, для того чтобы выяснить в отношении лечения.

ВОПРОСЫ БОЛЬНОМУ

— Пистолет давно у Вас появился, зачем он Вам вообще? — *Да так, по банкам стрелял.* — Давно Вы его купили? — *Месяц назад. Ну, вот до совершения месяца уже прошел.* — По каким банкам? — *Ну, по обычным пустым, бутылкам, собирал.*

— Скажите, пожалуйста, у Вас брат страдает алкоголизмом, насколько я понимаю? — *Нет, он уже всё, уже не пьет.* — Нет, но до этого он употреблял алкоголь? — *Страдал, да.* — Страдал. А по характеру он похож на Вас? — *Нет, на самом деле не похож.* — А в чем не похож? — *Ну, он более спокойный человек, уравновешенный, наверное.* — Более уравновешенный. Спасибо.

— Недавно передавали, что один человек размахивал травматическим пистолетом, приставлял ко лбу прохожим людям, и в него милиция стреляла, он ранен в живот. Вы не думали об этом, что Вам могут так ответить, что милиционеры могут в Вас стрелять? — *Да нет, я не думал. Я же сам лично к ним подошел.*

— Не было ли опасений, когда Вы приставляли пистолет, что могут быть ответные действия, опасные для Вас? — *Да не было у меня ничего, тем более не серьезно всё...* — Ну, попался бы водитель, который в ответ на это взял бы и стукнул, а то еще и чем-нибудь металлическим. — *Ну, стукнуть было бы сложно меня, потому что трудно это сделать.* — Почему? Попасть трудно? — *Трудно попасть, да.* — Потому что Вы спортом занимались? — *Да.*

— У меня два вопроса. Скажите, пожалуйста, в камере изолятора временного содержания сколько человек Вы вылечили руками? — *Да не лечил я никого там руками.* — Но рассказывали, что Вы там кому-то помогли. — *Кому помог? Там наркоман пришел один, я с ним пообщался, он...* — Руками поводили? — *Нет.* — Легче стало? — *Не водил я руками никому.* — Никому. И второй вопрос. Вот Вы жили, росли в Башкортостане. А зачем мама, брат и Вы приехали в Москву, с какой целью? — *Работать.* — Мама, брат не работают. Только Вы один единственный работаете? — *Я работаю.* — А мама с братом? — *Тоже работают.* — Спасибо.

— А что, в прошлом мигрень была? — *Да не было мигрени на самом деле. Это я так взял цитрамон, для того чтобы на всякий случай был.*

— Вадим, скажите, а что Вы любите в жизни делать? — *Вообще?* — От каких дел Вы удовольствие получаете? — *Вам сказать прямо? Спорт. Ну, секс.* — Не только. А музыка? — *И музыка, да.* — А какая музыка? — *Музыку я сам пишу.* — Сами пишете? — *Да, своя у меня, свои песни есть, они лицензионные, в СБА я их сдал, лицензию получил, исключительные, лицензионное соглашение. У меня есть две песни, профессионально записаны на студии, сейчас третья готовится, да.*

— Это рок-музыка? — *Нет.* — А что это? — *Ну, трудно дать на самом деле...* — Даже трудно дать название? — *Да.*

— Вадим, а работа в чем состоит? — *Моя работа?* — Она по душе Вам? — *По душе, да. По душе общение с людьми.* — В чем удовольствие? — *Общее руководство аптекой.* — Общее руководство аптекой? А что Вам приходится делать? — *Ну, я прихожу, прове-*

ряю общее состояние аптеки, температурный режим, инкассацию снимаю, сдаю инкассацию инкассаторам. Вот. Крупная аптека довольно-таки. И так по вопросам, если ко мне подходят фармацевты, я им отвечаю, что нужно делать. Конфликтные ситуации решал. — И сколько времени Вы уже эту работу выполняете? — Вообще, в общем? Месяцев 8, если брать то, что я до армии еще работал. Я до армии... Нет, не месяцев 8, я думаю, но больше года. Если всё вместе суммировать. — Этому нужно было учиться? — Администратор? Повышают, фармацевтом работаешь, потом повышают на администратора, если ты отличаешься и способен. — А у Вас есть образование фармацевтическое? — Есть образование, да. — Среднее, да? — Среднее, да. — Спасибо.

— Скажите, пожалуйста, а вот Вы песни пишете в определенный период творческого вдохновения, когда настроение становится бодрым, или не зависит от этого? — Если Вам честно сказать, вот песни, которые я записал, это очень давно я их написал. Уже одну песню писал с 15 лет до 23. — Это было связано с какими-то периодами творческого вдохновения? — Нет, не связано.

— В отделении Вы необычные позы принимали, гримасничали. Вы это помните? — Не гримасничал. Я просто разминку делал. — Разминку Вы делали. Это что физкультура какая-то? — Физкультура, да. Растяжку делал.

— Было ли у Вас, может быть, когда музыку писали, что принимали какие-нибудь допинги, может быть, марихуану когда-то? — Нет.

— Скажите, пожалуйста, какой главный город в Америке? — Не понял? — Какой главный город в Америке? — В Америке — Нью-Йорк. — А в Польше? — Большие Нью-Йорка? — Нет, в Польше? — А, в Польше — даже не знаю. — А в Японии? — В географии слаб. — Ну что знаете. — Да и в Японии я не знаю, на самом деле, который главный город. — Скажите, а в Монголии? — Тоже не знаю. — А во Франции? — Во Франции — Париж. — А в Англии? — Лондон.

— Скажите, пожалуйста, когда Вы в первый раз приехали в Москву, это была Ваша инициатива, Ваши родные поехали вместе с Вами или вы все вместе сорвались? — Нет, это была моя инициатива. Моя инициатива была. Меня по направлению в Москву позвали работать. Организация сама пригласила, да. — ... Была перспектива какая-то, да? — Да. — Это первый раз в жизни вот такое настроение было? — Какое такое? — Песни писать начали в 15 лет, а приехали в 17? — Ну, да. — Это связано с какими-то изменениями состояния? — Да нет, не связано.

— Вы можете прокомментировать, как Вы понимаете, выражение писателя Марка Твена: “Бросить курить совсем нетрудно, я это проделывал сотни раз”? — Но на самом деле не знаю. Это глупое какое-то выражение. Ну, не глупое. Просто он наобо-

рот этим подтверждает, то, что очень-очень трудно бросить курить, если ты начал.

— Вы устали от беседы сейчас? — Нет. — Тогда можно у Вас спрошу такую вещь. Вот Вы вообще такой человек эмоциональный, реактивный — так получается? Вы всегда ставите задачу и ее реализуете, несмотря даже на то, что иногда, может быть, эта реализация другим кажется странной? Или это только в этот раз так? — Ну, да. В этот раз так получилось экстраординарно на самом деле. — Вы на всех этапах Вашего пути до больницы осознанно всё это делали? — Осознанно. — То есть, вот Вы приставили к виску пистолет для того, чтобы он быстрее поехал, так? — Да. — В камере Вы себя так вели для чего? Для того, чтобы обратить внимание, и дали всем сигареты? — Дали сигареты... Не дали сигареты, а позвонить мне дали. — Чтобы Вам дали позвонить... А когда в больницу Вы приехали, почему вот так себя вели? Тоже не так, как все вокруг больные люди. Вы понимали, что Вы как-то можете не совсем себя правильно вести: с врачом на “ты”? — Ну, да, это я на самом деле уже сейчас понимаю, то, что глупо было. — То есть, Вы себя в тот момент как-то контролировали или абсолютно нет? Вот пришла мысль, и Вы это делали? — Да нет, контролировал, конечно. Контролировал в какой-то степени. Может, не на 100 процентов, но контролировал.

— Скажите, пожалуйста, Вы сказали, что в шахматы Вы выигрываете, а в нарды выигрываете иногда. Когда Вы проигрываете, какие чувства испытываете и какое у Вас настроение? — Да никак на самом деле, проиграл — и проиграл, что это — игра. — То есть, ровно относитесь? — Ровно отношусь. — Не хочется отыграться? — Да нет, у меня такого нет.

— А Вы в шахматы как играете — на вторую, первую категорию? — Я не могу сказать. — Вы никогда в турнирах не участвовали? — Участвовал в школе.

— Скажите, пожалуйста, какое у Вас сейчас настроение? — Сейчас? Ну, не особо, то, что здесь нахожусь, не особо хорошее настроение. — А с чем это связано? — Из-за того, что здесь нахожусь. — Дома лучше, да? — Конечно. — И скажите, пожалуйста, где служили? — Железнодорожные войска, 92676 часть. — А во время службы не было никаких проблем? — Нет. Нормально всё было, ровно. — Не дрались, ничего такого не было? — Да нет, ровно всё было. Если даже и дрался, то там всё быстро улаживалось — мужской коллектив все-таки. — Скажите, пожалуйста, вот когда Вы пистолет приставили к водителю, в этот момент не было ощущения, что кровь к ушам прилила, к вискам? — Нет. — Нет. Вы всё понимали, что делаете? — Всё понимал, да.

— Вы ведете трезвый образ жизни? — Трезвый образ жизни. — А как Вы считаете, это правильное отношение к трезвости, полная, 100-процентная трезвость? И почему? — Ну, правильная. Для каждого своя, на самом деле, кто как хочет. Я стараюсь свой

организм в тонусе держать. Витамины пью, спортом занимаюсь. У меня годовой абонемент в “Империи фитнеса”.

— Какие витамины Вы пьете? — *Супрадин*. — А в фитнес-зале Вы приобретаете какие-то добавки специальные, как для спортсменов? — *Нет, нет*. — Не используете? — *Нет*.

— В армии у Вас был контакт с оружием? — *Конечно, да, из автомата стреляли*. — Стреляли. Это был Ваш первый опыт или был до армии какой-то? — *Нет, это был первый опыт*. — Понравилось? — *Понравилось*. — Хорошо стреляете? — *Нормально*. — Имели контакт с оружием неудачный после армии? — *Нет*. — Нет. Нормально? — *Нормально*.

Ведущий. — Еще есть вопросы? Нет. Я думаю, что Вы должны помнить следующее: врачи всё время стремятся сделать так, чтоб было лучше. Поэтому и Вы должны отвечать благодарностью. На “ты” переходить, грубить, Бога ради, этого не надо делать. Это сейчас в Ваших возможностях. А так я думаю, что всё будет у Вас хорошо. — *Спасибо Вам большое*. — Спасибо. Можно идти. До свидания. — *Спасибо Вам большое. До свидания*.

Врач-докладчик. Диагноз: Маниакальное состояние с психотическими проявлениями. Становление медикаментозной ремиссии. И тип течения, пока предварительно, монополярный тип, хотя в МКБ сейчас такого и нет.

В пользу указанного диагноза свидетельствует наличие на момент поступления в статусе бесспорных проявлений гневливой мании — доминирование аффективных нарушений (наличие выраженного эйфорического и гневливого аффекта), фактически определяющих состояние больного, грубая переоценка, наличие идей особых способностей, актуальность которых была неразрывно связана со степенью выраженности аффекта, двигательное и речевое возбуждение, дурашливость, провокативное поведение и демонстративность, и негативизм, полное отсутствие критики к состоянию и ситуации, при этом отсутствие галлюцинаторной симптоматики и явной бредовой продукции. Также в пользу указанного диагноза свидетельствуют указания больного на наличие в прошлом сезонных (весенний период) и фактически маниакальных состояний (немотивированной эйфории и повышенной активности), с длительными и устойчивыми ремиссиями, гипертимный тип психической конституции больного, сохраняющаяся до сих пор положительная оценка своего состояния на момент стационарирования. В пользу этого диагноза говорит отсутствие каких-либо данных за наличие стигм процессуального заболевания по шизофреническому типу по анамнезу, отсутствие наследственной психопатологической отягощенности. Но вот наличие в статусе при поступлении симптомов, которые с определенной оговоркой можно трактовать как элементы гебефрени, кататонии, сохраняющаяся некритич-

ность больного, впечатление измененности личности больного по сравнению с его преморбидным состоянием — отсутствие живости в суждениях и эмоциях, позволяют поднять вопрос о дифференциальной диагностике между указанным выше диагнозом и шизоаффективным состоянием, конкретно — ступеобразной шизофренией, шизоаффективным состоянием, маниакальным типом.

ВОПРОСЫ ВРАЧУ-ДОКЛАДЧИКУ

— *У него впервые такое состояние, раньше к психиатрам не обращался?* — Нет, это первый раз. Для матери это полный шок, что ее мальчик оказался в психиатрической больнице. Никаких контактов с психиатрией ранее у него не было.

— *Кататония как-то проверялась функционально? Или это по общему впечатлению?* — По общему впечатлению. — *Потому что он ведь занимался ушу, там разные позы есть вычурные* — Уж больно это нелепо было, когда он... Например, мы его просто звали из палаты, а он говорит: “Нет, я пойду в туалет”. Зашел в туалет, штаны не спустил, сел на унитаз в штанах, ничего делать не собирался. Сел, сильно наклонил тело в сторону, глаза при этом полузакрыты, рот открыт и застыл так. И вот его начинаешь тормошить, он ругается. Пришлось его фактически снять и хотя бы в палату провести. И эти его положения — эти растяжки, это, в общем, условно можно назвать растяжками.

— *А вот он был такой несколько амимичный и до лечения? Или это результат...* — Нет, вот как раз во время лечения, вначале, мимика была очень оживлена, вплоть до того, что были парамимии, какие-то элементы гримасничанья. Это он сейчас какой-то тусклый, почему мы и говорим о дифференциальной диагностике. Это, конечно, можно расценивать как смену полярности фаз. Но сейчас бросается в глаза некоторое отсутствие эмоциональной живости, какая-то уплощенность. И возникает такое ощущение, что то, каким его мама описывает, и то, каким он стал сейчас, — это как будто два разных человека. Там он душевный, участливый, добрый, а тут мы видим психопатизированного, раздражительного, напряженного, какого-то грубого человека, с нецензурной лексикой, откуда-то она лезет, ее тоже раньше не было. Еще несколько дней назад он производил впечатление, грубо говоря, хорошего психопата. Когда я первый раз его увидел, спустя несколько часов после поступления, у меня даже такая мысль была: а не находится ли он под действием каких-либо психоактивных веществ? Когда он показывал руки свои, якобы с травмами, нанесенными милиционерами, была скорее такая психопатическая картина.

— *Поменялась динамика больного?* — Сейчас, пожалуй, да. Но всё равно такое впечатление, что этот эпизод, который с ним произошел, он его сильно изменил. На прошлой неделе приходила мама, со свидания

ния с ним она возвращалась со слезами, и валокордин у нее в руках был, и говорит: “Да, он, конечно, не такой, он лучше, но всё равно, я его не узнаю”, она говорила: “Он не такой на самом деле”.

— *А мама рассказывала, о каких-нибудь подъемах, спадах прежде?* — Нет, она только может отметить, что с подросткового возраста, с 13 – 14 лет, весной он более активен, чем обычно. Он активный, общительный, живой был всегда, вот такой тип его личности. Сказать, что когда-то ее это как-то настораживало, вызывало какие-то опасения, нельзя. И депрессивных эпизодов не было точно.

— *У него статья по терроризму? Он утверждает, что хулиганство.* — Да, вы знаете, это совершенно ничем не изменяемая у него уверенность. Когда я спрашивал: “Слушай, ты так уверен, что с тобой ничего не будет, может тебе внутренний голос подсказывает, что с тобой всё будет хорошо? Может кто-то тебе это говорит даже?” — “Нет, просто у меня уверенность такая, что у меня всё хорошо будет”. Я говорю: “Но ты понимаешь, что даже с макетом взрывного устройства или с пистолетом, это приравнивается к самому настоящему террористическому акту, и по справедливости так должно быть?” Следователь мне говорил, что у него статья “Терроризм”, это 5 – 7 лет, никакой хулиганки. Кстати, этот пистолет “Зигзаур”, я посмотрел, у него пуля — стальной шарик, она имеет 4 мм в диаметре и летит со скоростью 200 метров в секунду. Пуля из пистолета Макарова это 9 мм и 315 метров в секунду. Понимаете, тут, конечно, убить не убьешь, но если к голове приставить и выстрелить, то это будет травма, это будет серьезная травма, но есть он не отдает себе отчета в этом.

— *Нет, просто он всё врет. То, что он нам сейчас говорил здесь, что всё хорошо, вот именно, он выдает...* — Он выдает желаемое за действительное, на самом деле всё не так, не хорошо. — *Да, он всё понял, на самом деле, сейчас он говорит, что ничего такого не было.*

Ведущий. Вы что-то хотите сказать? Вы начали говорить очень интересные вещи. Как я понял по этим высказываниям, он всё понял и пытается нас обмануть. Так что ли? — *Конечно.* — В каком смысле, что он хочет от нас скрыть и в чем обмануть? — *Не нас, а себя он, конечно, пытается обмануть и выдать маниакальное состояние, как терроризм, условно говоря, понизить уровень патологии для себя, выдать его за обычное хулиганство, перекалфицировать. То есть он сейчас, в общем, под влиянием лечения многое понял. И критичность он сохраняет и понимает, что сейчас он, на самом деле всё потеряет, прежде всего, он потеряет статус социальный для себя, то есть он боится стать душевно больным сейчас.* — Какие еще суждения по поводу оценки состояния?

Ю. Л. Мартынюк. Мне бы хотелось осветить три вопроса, на которые надо ответить. Первый — квалификация диагноза, второй — лечение, и третий — с

учетом возбужденного уголовного дела подход судебно-психиатрической экспертизы. К ответу на первый вопрос. Мы видим наколки у него, татуировки, музыка ... — это эмоционально неустойчивая личность. Эпизод, который был 11 февраля, — психотический. Психотический эпизод на аффекте. И с момента поступления в камеру изолятора временного содержания его поведение, его лечение руками — психотическое состояние. На момент свершения, когда он приставил к виску пистолет, он тоже, на мой взгляд, был в психозе и не отдавал отчета своим действиям. При госпитализации в больницу, когда он был в фиксированном состоянии, и в течение трех дней были вкрапления как гебефренических проявлений, так и кататонических. И с учетом сегодняшней беседы диагноз, который поставил проф. Циркин, и диагноз отделения не очень понятен, я бы рассматривал данного пациента со следующими диагностическими суждениями: шизоаффективное расстройство, маниакальный тип. Вот ответ на первый вопрос.

По поводу лечения. Зная, что это первичная госпитализация, непонятно, почему ему на первых порах вводят инъекционно галоперидол и неупелтил. Прошел месяц, может быть пора перейти на более современные атипичные антипсихотики, которые он по рекомендации и в последующем должен принимать? Не понимаю, почему не переводят?

И последнее. Рассматривая возбужденное уголовное дело, в познаниях судебной психиатрии не очень силен, но я думаю, что он не отдавал отчет своим действиям и поступкам. И выставив диагноз шизоаффективное расстройство маниакальный тип, конечно, надо подразумевать невменяемость.

По поводу настоящего. При беседе критики у него к своему состоянию нет: “я лучше в изолятор”, “я хочу домой”. Висит уголовная статья, а подход не критичный. Я думаю, за месяц, имея среднее образование, окончив колледж фармацевта, уж уголовный кодекс прочитал, можно определить, какая там статья. На данный момент надо продолжать лечение, я не исключаю, что надо увеличивать дозу. Спасибо.

А. А. Глухарева. Мне кажется, что всё значительно проще. Мальчик гипертимный в преморбиде. Вместе с тем, он активный, общительный, пишущий музыке и очень хорошо социально адаптированный в жизни: обустроился в Москве, повышается на работе. По анамнезу у него были сезонные гипертимные фазы. Но в эти гипертимные фазы, кроме последней, он демонстрировал хорошую продуктивность, не попадал ни в какие нелепые ситуации. И вот теперешнее состояние. Да, у него была и депрессия, достаточно длительная, которая была реактивно спровоцирована. И теперь это уже не дает нам права говорить о монополярном течении. Вместе с тем, начало этой фазы гипоманиакального состояния достаточно длительное, он почти 2 месяца в этой редуцированной гипомании существовал и мало спал, и может быть, даже были эле-

менты психопатоподобного поведения, как фасад его гипоманиакального состояния. А то, что мы видим при поступлении, конечно, поведение как в мании: “быстрее мне нужно” — поведение маниакального больного. И статус при поступлении — это никакие не гебефренные, не кататонические вещи. Сам тип мании — это возбуждение, негативизм, демонстрация, отсутствие чувства дистанции, мат, цинизм, — я думаю, что это настоящее психотическое маниакальное состояние. Все его идеи, что он может лечить руками, его поведение в изоляторе временного содержания — это тоже психотическая мания. И совершенно замечательно Михаил Александрович купирует начальное его состояние, переводит на антипсихотическую терапию с нейролептиками, не принципиально галоперидол это или это новый атипик, важно, что лечение очень грамотно подобрано. И сейчас, по сути дела, психотическая мания идет на спад. Понимаете, конечно, нам бы хотелось услышать, что да, я совершил правонарушение, я буду доказывать. Но он еще только месяц лечится, и сейчас, в общем, идет стабилизация аффекта. Наверное, статус все-таки смешанный, это ощущение пустоты — “мне здесь скучно”, может быть появляются какие-то уже субдепрессивные элементы. Вместе с тем, он словоохотливый, замечательное мышление, такое гипертимное. Так что, я думаю, это пациент с аффективными расстройствами, биполярными аффективными расстройствами. Эта маниакальная фаза самая тяжелая, самая психотическая.

Д. А. Пуляткин. Меня здесь настораживают две вещи. Это действительно красочно описанные лечащим врачом кататонические и гебефренные включения, которые мы не можем проигнорировать, и, на мой взгляд, некоторая повышенная некритичность ко многим вещам, которая не коррелирует со спадом аффекта, который мы здесь видим. Он, конечно, не полностью вышел из состояния, до выхода далеко. Но тем не менее, развернутой мании или ее остатков мы здесь не видим. А некритичность здесь, так сказать, выходящая за эти пределы. Ко многим вещам он некритичен абсолютно, даже о формировании критики, о ее начатках нельзя вести речь. Эти вещи настораживают, но в плане того, о чем говорил докладчик.

— *Хотел спросить Михаила Александровича: не кажется ли ему, что эти изменения эмоциональной сферы могут быть результатом действия нейролептиков?* — В какой-то степени да.

М. Е. Бурно. Спасибо за клинически интересного сложного пациента. Всё же, если случается психотическое аффективное расстройство, подъем или спад, но именно психотического регистра, у больного с циркулярным психозом (биполярное расстройство, как сейчас называют), или это несомненная шизофрения, протекающая с психотическими подъемами, спадами аффективными, то все-таки, по миновании этой психотики, больной, даже больной шизофренией, критичен к тому остропсихотическому, что он пе-

ренёс. Ну, пусть относительно критичен в случае шизофрении, но всё же выразительно критичен. Он понимает, что это была не настоящая его жизнь. Он может быть не критичен, если это больной шизофренией, к своим личностным расстройствам, к своему поведению вне этой аффективной вспышки, но к тому, что было в острой психотике на измененной личностной почве, все-таки, как я в этом убедился за много лет работы, больной шизофренией обычно критичен, он чувствует, понимает это как болезненное, неправильное. А наш пациент этого, в сущности, не формально, не чувствует. Этот приставленный к голове водителя пистолет, чтобы побыстрее ехал, стеклопакет разбил, чтобы внимание привлечь и т.п. Для него это жуткое поведение не есть нечто кричащее особенное, это не есть он не сегодняшний. Это и сегодня укладывается в его личность. Я же, дескать, опаздывал, а работу свою люблю. Ну, немного как-то подтолкнул, да, приструнил, чтобы скорее ехал. Это, конечно, не просто психопатоподобное поведение, это психотика, но особенная — с реактивно карикатурно-юношеским мотивом. По-своему объясняет это поведение, болезненно-хулигански объясняет. Поведение brutally злое, дурашливое, гримасничает. Поведение всё же не отделено от личности, хотя и психотически заострено. Похоже на так называемые “шизофренические реакции”, в которых разошёлся так, что не уймёшь. Во всём этом, как и сегодня, видится мне, огрубленно-юношеский аффективный протест с изощрённой жестокостью и даже моментами философической интоксикации (взамен алкоголизации трезвость, парамедицинская литература, психоаналитиком хочет стать). Шизофренические реакции, даже психотического регистра, в своей клинической картине обычно обнаруживают рисунок психотравмирующих больного шизофренией событий. Думаю, нет оснований говорить о биполярном расстройстве, о шубе, именно по причине, прежде всего, отсутствия критики к тому, что он творил в этом реактивно-психотическом состоянии на эндогенно-процессуальной почве, которое перенёс, по причине отсутствия критики к острому поведению — до того, как “обмяк” и сошла психотика. Сам говорит: “спровоцировали” и “почудил”. Что с ним сейчас? Он такой же, но без психотического оживления, однотонный, ходульный, взор деревянно-пустоватый, нет уже эмоциональной выразительности, нет живого участия к беседе, хотя беседа с Александром Генриховичем располагает к этому, психиатрически дружелюбна. Нет, он весьма однотонен. И по временам особенно у него на лице написано: ну, отпустили бы скорее. Хотя, когда он уходит, то благодарит. Непонятно — за что благодарит. Да, больным он себя, конечно, не считает. В то же время не боится, что его накажут, хотя еще и сопротивлялся милиции. Он больше думает о работе, нежели об этом. Мы вспоминаем, доктор рассказывал, что с 13 – 14 лет весной (сейчас тоже весна), было у него

какое-то оживление душевное, как мама рассказывает. Больше она ничего особенного не замечала. Да и сейчас, если в таком состоянии выпустить его на улицу, многие, не сведущие, конечно, люди, неспециалисты, ничего особенного не заметят, он будет проверять аптеку, да, и его будут слушаться и, может быть, бояться его такой деревянной суховатости и не склонности тепло, оживленно беседовать, может быть, что-то простить. Но нет впечатления душевно живого человека — независимо от характерологического склада. И вот, по-видимому, у него при развитии мягкого, как мне думается, эндогенного процесса с гебоидно-психопатоподобной картиной, которая, быть может, была заметна лишь в весеннем аффективном оживлении-подъёме. Вообще анамнез для меня неясен. Фармацевт покупает газовый пистолет стрелять по банкам, связь с цыганским семейством... Наконец, эти кататонические и гебефренические проявления в отделении. Всё это, по-моему, дает основание думать о гебоидной шизофрении. Он и похож слегка на гебефреника, кататоника. Это дурашливость, криливо-юношеское обезьяничанье, мальчишеский протест с философичностью и, в то же время, внутренняя разлаженность, беспомощность. Мой диагноз, конечно, предположительный (случай сложный, не всё тут мне ясно) — гебоидная шизофрения (экзацербация, шизофренические психотические гневливо-гипоманические реакции). Лекарственное лечение погасило психотику. Гебоидная шизофрения описана у нас клинически тонко Пантелеевой и Цуцельковской. Конечно, наш юноша не может отвечать за свои проступки, поскольку душевно болен, не ведает, что творит. Может быть, со временем потянется и к психотерапии (с изучением психологии). Спасибо Михаилу Александровичу за содержательную клиническую историю болезни. Спасибо за внимание.

Ведущий. Спасибо. Еще кто-нибудь хочет сказать? Если нет, надо подводить итоги.

Я думаю, надо поблагодарить докладчиков за интересное наблюдение, интересное сообщение. И понятно, что в таких случаях всегда возникают некоторые диагностические расхождения.

Ну, сначала по поводу того, что в анамнезе. Ничего психопатоподобного не увидел. Судя по тому, что нам рассказано, и по тому, как проходила жизнь, психопатоподобных проявлений не было. Не было конфликтов с окружающими, не было за счет дисгармонии личностных каких-то проявлений декомпенсаций. Если этого нет, диагноз психопатии нельзя ставить. Можно говорить о каких-то характерологических особенностях, но так мы можем поставить диагноз психопатии всем нормальным людям, потому что у каждого есть некие особенности. То, что описывается, — в рамках акцентуации. Не было ничего того, что укладывается в рамки психопатоподобного поведения с декомпенсацией, с нарушенной адаптацией, что

и дает возможность ставить при выраженной дисгармонии личностного склада этот диагноз.

А что описывается? Очень гармоничная личность. Всё всегда хорошо. Общительный человек, теперь говорят коммуникабельный, никаких трудностей в адаптации, ничего никогда не было. И не было вообще каких-то отклонений, которые обращали на себя внимание. Ни стремления как-то подчеркивать свое превосходство в чем-то, способности — ничего этого не было. Большой круг общения и никогда среди тех, с кем он общался, не было людей, поведение которых родителям казалось чем-то ненормальным. Никогда этот человек не злоупотреблял никакими психоактивными препаратами. То, что его брат страдает алкоголизмом или часто пьет, никакого отношения к тому, что с этим человеком происходит, не имеет. Пьянство сейчас настолько распространено, что семья, где вообще все абсолютные трезвенники, редко встречается. Ну, один брат пьет, другой может не пить. Это ни о чем не говорит. Другое дело, если бы у брата выявились некоторые характерологические патологические особенности или колебания настроения — этого нет.

Что было раньше? Были весенние гипертимные состояния. Такого уровня, что никогда ничего не нарушалось в его жизни. Он учился, он работал, он всё делал. И это никогда не обращало на себя внимания окружающих. То есть, легкие гипертимные состояния, которые, вообще-то говоря, присущи довольно большому количеству людей, у которых психозов нет. Это некая конституциональная особенность, диатез, можно назвать еще каким-нибудь словом, но это некая особенность конституциональная.

А дальше возникает в его жизни депрессивное состояние. Вот то, что он рассказывает, психогенно обусловленная депрессия — девушка бросила. И в ответ на это депрессивная реакция. Тоже патологии в этом не вижу. Вот если вообще, когда бросают, нет никаких реакций, и всё нормально, вот это патология. А когда происходит разрыв с любимой женщиной, да еще в том возрасте, в котором он находится, это может восприниматься очень трагически, вплоть до суицидальных попыток, которые не являются патологией в смысле психиатрическом, психопатологическом. Это поведенческие особенности, особенности поведения человека его уровня знаний, его уровня культуры в ответ на психотравмирующую ситуацию. Поэтому никаких других признаков той депрессии, эндогенности, ну хотя бы суточных колебаний, ничего никто никогда не описывал. Значит, это было и прошло, дальше ничего не было. Действительно в жизни его есть гипертимные легкие состояния и вот этот психоз.

Вот теперь начинается вопрос, как его квалифицировать? Если мы придерживаемся МКБ-10, то психотическое маниакальное состояние — это маниакально-бредовое состояние, ну, пусть маниакально-галлюцинаторное. Но для того, чтобы сказать, что

в маниакальном состоянии психотическое, надо еще найти бред. Но нельзя серьезно считать бредом, когда человек в маниакальном состоянии говорит “я могу вылечить”, а другой скажет “я могу написать, не только вылечить, но написать такое стихотворение, которое посрамит всех лучших поэтов России”. Это маниакальные особенности, причем это очень банально, это не оригинальное творчество — руки на голову наложить, стандарт. Да, так лечат, он об этом мог прочитать. Я не думаю, что это нужно относить к бреду собственного воздействия, то есть инвертированному Кандинскому, когда человек получает возможность воздействовать на окружающих. Нет, это, в общем, выглядит не совсем так.

Значит, что остается? Остается маниакальное состояние, на высоте которого появились некоторые атипичные черты. Вот это действительностораживает. Но возможна в рамках того, что когда-то описывалось, как маниакально-депрессивный психоз, маниакальный тип, некоторая атипичия? Описывалась. Всё кончалось, прогноз в дальнейшем выражался не в том, что появлялись процессуальные состояния, а всё обходилось. Вопрос в том: как долго и как длительно? То есть, вопрос: что здесь, если считать, что это были кататоноподобные или гебефреноподобные включения, что здесь для шизоаффективного психоза атипично? Преморбид. Если вы читаете все диссертации, которые выполнены по шизоаффективным психозам, преморбид шизоидный, как правило, а здесь абсолютно ничего похожего нет. Общительный человек с другой совершенно эмоциональной структурой личности. Значит, есть некоторая атипичия, которая, конечно, всегда должнастораживать.

Но теперь по поводу того, что на сегодняшний день. Я сегодняшний статус квалифицирую как неполную терапевтическую ремиссию. Но, а почему она должна быть полной? Во-вторых, очень многое привнесено терапией. Я, в общем, должен сказать, когда назначается одновременно галоперидол, аминазин, азалептин, клопиксол, прежде всего, надо думать о том, как бы не было осложнений. Потому что такое комбинирование нейролептиков, да еще даже не двух, а 3–4 — это, ну, дай Бог, чтобы никогда не случилось, но это путь к возникновению очень тяжелых осложнений. Поэтому когда есть возможность, надо вести пациента на одном нейролептике плюс нормотимик, а в данном случае он абсолютно правильно подобран. В общем, надо давать литий таким больным. Литий, потому что лучшего препарата для купирования маниакальных состояний, чем литий, не придумано. Всё остальное, что существует, все тимостагики, менее эффективны. Маниакальное состояние — значит литий. И, допустим, галоперидол. Ну, можно было использовать и другие антипсихотики. Но это один антипсихотик и один нормотимик.

На этом лечении довольно быстро началась редукция. К 4-ому дню уже лучше, сегодня уже совсем он

выглядит лучше, чем можно было ожидать. Но вот когда мы оцениваем мимику его, его взгляд, это человек на нейролептиках. И торопиться с тем, что это уже проявление дефекта, — не стоит, пока не кончится терапия нейролептиками. Ну, конечно, можно было для уточнения диагноза и, так сказать, не рискуя ухудшить состояние, пойти на то, чтобы заменить современными антипсихотиками, которые не дают с такой частотой нейролептического синдрома. Но доза седалита должна быть увеличена. Вообще, если лечат литием, обязателен контроль. Дело не в том, сколько дали, а что в крови. И там есть критерии, по которым это делается. Значит, хотя бы один раз посмотреть, что с литием в крови.

Можно попробовать смену нейролептиков: постепенно, конечно не в один день, всё отменить и всё заменить на рисполепт или на другой антипсихотик, можно сероквель использовать, много сейчас антипсихотиков, с которыми можно работать. Он уже в том состоянии, когда это вполне можно делать. Вот, если вы увидите, что мимика оживилась, и он выглядит совершенно иначе, тогда, наверное, мы сегодня оцениваем его состояние несколько неоправданно как более тяжелое.

Теперь по поводу того, к чему он пришел в отношении критики. Нельзя сказать, что тут полное отсутствие критики. Все-таки сегодня частично он говорит: “да, это была глупость”, “да, этого не следовало делать”, хотя бы такая формулировка. Конечно, на определенном этапе больные дают психологически понятные объяснения нелепым поступкам. И это тоже — наступление критики. Вот видите, там надо было раздирать всё на нитки, обматывать руку, стеклопакет разбить, для того чтобы дали закурить. Но это псевдопонятное объяснение, для того чтобы мы поняли мотивы. Это стремление мотивировать свое неправильное поведение в психотическом состоянии. Это путь к наступлению полной критики. Сегодня уже нет того “разнузданного поведения”, которое было на высоте мании. Но, конечно, маниакальный человек себя и держит соответственно: и на “ты”, и никаких дифференцировок, а сегодня это уже по-другому. И когда, уходя, этот человек благодарил, он за что поблагодарил? За то, что ему в конце было сказано, что надеюсь, что всё в его жизни будет хорошо. Он очень хорошо и адекватно оценил позицию собеседника, врача, мою позицию. Я тоже думаю, что это доказательство того, что совсем не всё потеряно, и что мы не обязательно должны будем в дальнейшем иметь процесс и соответствующие изменения.

Теперь по поводу всей судебно-психиатрической ситуации. Ну, понятно, когда человек в маниакальном состоянии совершает подобные поступки, он признается невменяемым любой экспертизой. И сейчас абсолютно не имеет значения, какая там статья — хулиганство или терроризм, или угон транспорта. Всё равно, он не в состоянии был по прежней формули-

ровке отдавать отчет в своих действиях и руководить своими поступками. Теперь это называется несколько иначе — понимать общественную опасность своих поступков. Но вот он этого, конечно, не мог. Поэтому понятно, что любая экспертиза, кем бы она не проводилась, а у него будет специальная судебно-психиатрическая экспертиза, будет учитывать, что предъявлено серьезное обвинение. Значит, она будет проведена. Я думаю, что любой состав экспертов-психиатров, конечно, согласится с тем, что это психотическое состояние и, наверное, суд вынесет соответствующее решение.

Пока он здесь находится, надо максимально сделать всё, для того чтобы посмотреть, в какое состояние можно привести. Это значит снизить количество антипсихотиков, поменять их на те, которые не дают побочных эффектов или дают их намного реже, и повысить дозу лития. А вот что касается лечения, то такому больному литий давать нужно очень долго. Какая длительность у этой маниакальной фазы или у маниакального приступа, этого никто не знает. Есть средние статистические данные — 2 – 3 месяца, но ведь есть и маниакальные состояния, которые длятся очень долго. И в общем, радикально изменилась ситуация только с того момента, когда в России Вартаман начал так же, как и западные психиатры, давать литий. Тогда действительно было только два препарата — аминазин и литий. Больные, которые кричали до

хрипоты, уже через одну-две недели становились абсолютно спокойными. Здесь энергичное лечение к этому привело, мне кажется, направление терапии правильное.

Прямо сейчас диагноз пока до конца не стал бы ставить. Если это сформулировано как маниакальное состояние (психотическая мания), то только в том смысле, что это тяжелая мания, которая, конечно, приравнивается к психозу. Но если использовать формулировку МКБ-10, то для этого, пока во всяком случае, не видно оснований. Бреда и галлюцинаций не было. Было маниакальное некритичное поведение, было двигательное возбуждение. Осторожность нужна, потому что вот эти включения были. Надо смотреть, что будет дальше. В конечном итоге диагноз таким больным заменять на процессуальное заболевание необязательно. Все, даже шизофреники, протекающие с аффективными расстройствами, текут намного благоприятнее. В этом и был весь смысл выделения тех вариантов шизофреники, которые насыщены аффективными расстройствами. Конечно, они текут иначе. Конечно, при них никогда не бывает столь глубокого дефекта, как при параноидной или приступо-образно-прогредиентной шизофреники с многочисленными приступами, психоз все-таки протекает несколько иначе. Хочется надеяться, что у него всё будет хорошо. А дальше посмотрим, как будет.

Спасибо. Всего доброго!

25-й конгресс

Европейского колледжа нейропсихофармакологии

13 – 17 октября 2012 г., Вена, Австрия

www.exhnp.eu

12-й международный форум

по расстройствам настроения и тревожным расстройствам

Ноябрь 2012 г., Флоренция, Италия

www.ifmad.org

ИЗ КЛАССИЧЕСКОГО НАСЛЕДИЯ

О Якобе Клези (1885 – 1980)

Московская певица и музыковед матушка Мария Батова жила несколько лет в Швейцарии. Недавно она вернулась, привезла мне оттуда краткие сведения о классике европейской психиатрии и психотерапии, директоре Психиатрической Клиники Бургхельцли в Цюрихе, Якобе Клези (Jakob Kläsi, 1885 – 1980), его портрет и его небольшую по объему книгу “Vom seelischen Kranksein Vorbeugen und Heilen”. Bern: Haupt, 1937, 94 sec. (“О душевных болезнях: пути предупреждения и исцеления”). У нас о Клези чаще знают психиатры, интересующиеся наркотерапией шизофрении и психотерапией шизофрении.

Семен Исидорович Консторум (1890 – 1950) в работе “Психотерапия шизофрении” (Проблемы пограничной психиатрии (Клиника и трудоспособность) под ред. Т. А. Гейера, — М.–Л.: Госиздат, биол. и медиц. лит., 1935, с. 287 – 309) отмечает следующее (подробные цитаты объясняются библиографической редкостью классических цитируемых работ). “Самые первые попытки порвать, наконец, с той пассивностью, в которой пребывала психиатрия в конце прошлого и начале настоящего столетия в отношении шизофреников, связана с именем Странского, впервые заговорившего о психотерапии шизофреников еще в 1914 году. В своем учебнике, вышедшем незадолго до войны, Странский впервые определенно ставит вопрос о необходимости психотерапевтически воздействовать на шизофреников, о “Kompensatorische psychische Übungstherapie” — психически тренирующей терапии, главными элементами которой являются по Странскому: 1) логическое убеждение, 2) поддержка больных в их сомнениях относительно реальности бреда и 3) Entlastung — освобождение больных от гнета их переживаний, которое достигается тесным контактом с больными. Затронутый Странским вопрос с началом войны повис в воздухе, и лишь в 1922 году вновь выплывает на сцену в работах швейцарского психиатра Клези (Kläsi). Вызывая с помощью Somnifen’а длительное, в течение нескольких дней, состояние сна и беспомощности, Клези в известном смысле лишь усиливал, доводил до крайних степеней отрыв больного (кататоника — М. Б.) от окружающей жизни и, тем самым, приводя, так сказать, его психическое состояние ad absurdum, надеялся пробудить в нем стремление избавиться от него и побудить вступить в рапорт с врачом и, вообще, с внешним миром. Эти опыты с Somnifen’ом получили, приблизительно с 1924 года, самое широкое рас-

пространение на Западе... Те же задачи, которые ставил себе Клези, применяя Somnifen, он осуществлял и другими путями — внешне отличными, но, по существу, вполне сходными... Итог всех этих работ таков: действительно, в ряду случаев удается до некоторой степени направить психику больного на внешний мир, экстравертировать ее, но ненадолго... Методологически эти опыты Клези, несомненно, очень интересны, поскольку здесь мы имеем дело с принципом активирующей терапии в чистом виде. И поэтому те, весьма скромные, результаты, которые получал Клези, — некоторое симптоматическое улучшение в смысле смягчения аутизма и известного возвращения больного к реальной жизни — несомненно побуждают продолжать поиски в этом направлении... И именно в этом направлении происходит тот резкий сдвиг в психиатрии вообще и в лечении шизофреников в частности, сдвиг, который связан с именем Зимона (Simon Nermann, 1867 – 1947 — немецкий психиатр, один из основоположников трудовой терапии — М. Б.). Я потому перекидываю мост от Клези к Зимону, что мы здесь имеем принцип воздействия на психику, в конечном счете, через моторику, т.е. через поведение. Первая работа Клези датирована 1922 годом и приблизительно с этого времени актуализируется вопрос о психотерапии шизофрении” (287 – 288). Вольфганг Кречмер (Wolfgang Kretschmer) (1918 – 1994) в свое время говорил мне о Якобе Клези: “Да, он пытался помогать душевнобольным так, как никто не пытался”. Клези даже толкал кататоника в бассейн и затем протягивал ему руку, помогая не утонуть, дабы хоть таким образом вынудить его к общению, контакту. Но Клези пытался психотерапевтически помогать больным не только с помощью указанного выше активирования, но и поистине одухотворенно, как сказали бы сейчас — приемами Терапии духовной культуры. Петр Михайлович Зиновьев (1882 – 1965) в статье “О психотерапии шизофрении” (Вопросы психотерапии под ред. М. С. Лебединского. — М. Медгиз, 1958, с. 174 – 179) приводит с сочувствием и восхищением, следующее место из одной работы Клези как пример “возможности психотерапевтического воздействия на состояние больных шизофренией”. “Клези сообщает, что в хроническом беспокойном отделении он однажды во время обхода увидел неряшливо одетую, нечистоплотную женщину, которая была возбуждена и цинично бранилась. Клези подошел к ней и шепотом сказал ей на ухо, что ему непри-

ятно видеть, как такая прелестная дама портит производимое ею впечатление не порядками в своем туалете и недопустимыми вольностями в речи, которые она себе позволяет. После этого врач взял ее под руку и вместе с ней вышел на прогулку в сад. Во время прогулки он ничего не говорил о болезни, поведении больной и больничном режиме, разговор имел тон вежливой беседы между случайно встретившимися знакомыми — о погоде, о цветах и т.п. На следующий день Клези повторил такую же прогулку с больной, которая на этот раз была спокойна, сдержанна и опрятно одета. То же он делал и в дальнейшем, исключая те дни, когда больная позволяла себе какие-либо эксцессы; в эти дни приходилось молча проходить мимо нее. Вспышки возбуждения у больной стали делаться все реже и реже, она стала заботиться о своей внешности, исчезли нелепости в высказываниях и поведении. Через некоторое время, по утверждению Клези, оказалось возможным ее выписать” (с. 178).

Мне так и не удалось найти эту статью Клези в оригинале. Встречались лишь упоминания, очень краткие пересказы. Работы Клези, сколько знаю, прежде на русский язык не переводились.

Эрнст Кречмер (Ernst Kretschmer) в 1957 г. в работе “Многомерная структура шизофрений и их лечение” (Zeitschrift für Psychotherapie und Medizinische Psychologie, 7 Jahrg., Heft 5, s. 183 – 191) отмечает следующее. “Врач с развитой интуицией и меткой речью может и у шизофреника одним правильным словом в нужный момент снять его комплексы, как это многие десятилетия изящно делает Клези. И здесь постоянной основой является серьезное товарищеское личное участие к пациенту, даже в мелочах, и человеческая теплота без сентиментальности” (с. 187).

Душевное спасибо Марии Батовой за текст для первого в нашей стране перевода Клези. Это последний, немного незаконченный перевод с немецкого незабвенной Евгении Григорьевны Сельской. Перевод закончен, так же одухотворенно-бескорыстно, близкой подругой Евгении Григорьевны — Еленой Александровной Ходак. Они вместе учились в институте в ту пору, когда принято было учиться добросовестно, соединяя высокую точность перевода с дыханием души автора. Спасибо Елене Александровне.

М. Бурио

**Международный конгресс
Всемирной психиатрической ассоциации
ДОСТУПНОСТЬ, КАЧЕСТВО И ГУМАННОСТЬ ПОМОЩИ**

17 – 21 октября 2012 г., Прага, Чехия

Wpaic2012@guarant.cz; www.wpaic2012.org

13-ая всемирная конференция

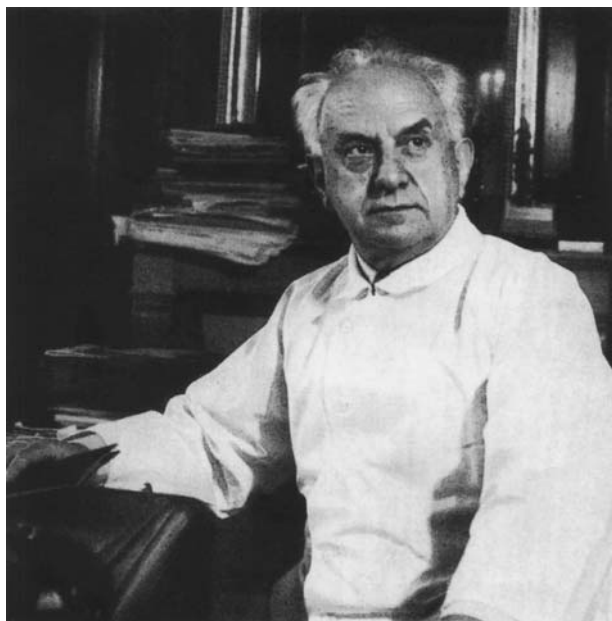
**ПОНИМАНИЕ ЗЛА
И ЧЕЛОВЕЧЕСКОЙ ЗЛОСТИ**

15 – 17 марта 2012 г., Прага, Чехия

www.inter-disciplinary.net/at-the-interface/evil/perspectrives-on-evil/call-for-papers

Невроз, обустройство жизни, государственное устройство¹

Якоб Клези (Берн)



Клези

I

Что за конфликты стоят за невротическими проявлениями? В двух словах — это конфликт между инстинктом самосохранения, стремлением к наслаждению и радости, с одной стороны, и стремлением к строгому исполнению долга, к самопожертвованию, с другой. Всем известно, что у нас есть пищевой инстинкт, половой инстинкт, инстинкт движения и какой-то деятельности, возможно даже, инстинкт самоутверждения — если мы его можем назвать инстинктом, ведь у него отсутствует физический коррелят инстинкта. Но дело в том, что люди идут по жизни не в одиночку, а как члены большого сообщества. Мы должны быть для этого сообщества полезными или, по меньшей мере, сносными, а природа позаботилась о том, чтобы сделать нас сносными, если уж не полезными: у нас есть инстинктивное стремление к тому, чтобы быть членом сообщества, включиться в него, жертвовать чем-то для него, а также чтобы раствориться во вне- или над-персональном. *Песталоцци* назвал это *инстинктом делать добро*, а мы теперь называем *социальным инстинктом*. Выражается он не только в стремлении повино-

ваться и отдаваться — а это очень важно для понимания неврозов — в сдерживающих факторах, которые мы противопоставляем беспардонному проявлению наших эгоистических инстинктов (пищевого, полового инстинктов, стремления к самоутверждению и т.д.). Я уже в течение восемнадцати лет утверждаю в своих лекциях, что этот социальный инстинкт возник не под воздействием воспитания, более или менее хорошего и заботливого, а вследствие врожденных задатков, направленных не на достижение наших личных интересов, а на благо ближних и общества в целом. В состоянии болезненной изоляции противоречие между социальным инстинктом и инстинктами “Я”, которое обычно проявляется в сдерживании нашего стремления к наслаждениям ради интересов общества, может проявляться даже таким способом, что больной против своей собственной личности начинает настоящую войну. И здесь дело доходит до поступков, кажущихся совершенно бессмысленными: больные кусают самих себя, отказываются от еды или едят собственные экскременты. Аналогичное поведение встречается и у здоровых, у некоторых бывают припадки этического рвения, и такие формы принимает аскеза или самоистязание. Другими словами, там, где нет возможности для проявления социального инстинкта (делать добро, отдаваться), как, например, на необитаемом острове, в тюрьме или психиатрической больнице, при шизофрении или при невозможности проявления этого инстинкта по политическим причинам, у этически сильно предрасположенного к этому индивида может возникнуть перверсия социального инстинкта, как и других жизненно важных инстинктов в периоды насильственного подавления. Целесообразный тормоз, направленный против эгоизма и своекорыстия субъекта, превращается в систему принципов и привычек, направленных на выключение и приглушение радости жизни, на самоистязание и самоуничтожение.

Тем не менее, я не говорю в подобных случаях о *социальном инстинкте*, и вот чему: известно, что существуют индивиды, у которых отсутствуют какие бы то ни было моральные, я бы сказал, социальные, чувства. Это морально ущербные люди. И все же они способны порой на приступы альтруизма, и невроз у них говорит о противостоянии альтруистических и эгоистических побуждений. Если мы говорим о социальном инстинкте, то должны будем предположить, что у какого-либо человека он имеется как стабильная, всегда одинаковая предрасположенность, а у морально ущербного ее нет. Кроме того, термин “социальный инстинкт” предполагает отношения с

¹ Перевод Е. Г. Сельской и Е. А. Ходак.

объектом — социумом, в то время как нам известно, что у невротика и душевнобольного с нормальными социальными отношениями, да и у здорового тоже, встречаются влечения и действия, не являющиеся социальными в привычном смысле слова; они, скорее, коллективистские. Например, трапеза служит не только для насыщения, она может быть и коллективной игрой, некоторые люди при определенном настроении не будут есть в одиночестве, они приглашают кого-то поесть вместе с ними. Иногда они пытаются таким образом доставить другому удовольствие. Поэтому, акцентируя внимание на субъекте, являющемся, в сущности, главным действующим лицом наших психопатологических исследований, я заранее объединяю все альтруистические побуждения, независимо от того, являются ли они одиночными (у морально ущербных) или коренятся в стабильной инстинктивной предрасположенности, и независимо от того, удовлетворяют ли они социальный инстинкт или потребность быть членом какого-то коллектива, в понятие *аристофорные* (греч. “лучший, благороднейший”) инстинктивные побуждения и действия. Это понятие шире, чем “социальный инстинкт”, и уже, чем “либидо” ФРЕЙДА. Аристофорным побуждениям я противопоставляю *кратофорные* (греч. “сила”), служащие удовлетворению потребностей собственной личности (пищевой, половой инстинкты, потребность в самоутверждении) и, тем самым, потребности в наслаждении.

Вспомним теперь, что в начале нашего исследования мы характеризовали неврозы как функциональные физические и душевные нарушения, вызванные душевным конфликтом. Об этих конфликтах мы сказали лишь в общих чертах, что они коренятся в противоречии инстинкта самосохранения, стремления к наслаждению, с одной стороны, и стремления строго исполнять свой долг, отдаваться и жертвовать — с другой. Теперь мы можем дать следующую формулировку: невротический конфликт состоит во взаимном сдерживании кратофорных и аристофорных инстинктивных побуждений и волевых действий, причем это сдерживание *может давать сбои* в ту или другую сторону, и тогда случается порой, что больной создает ценные творческие произведения, но это преходящее и периодически требует колоссальных энергетических затрат больного. Прямым следствием этой борьбы является то, что инстинктивная, исходящая из более или менее единой воли способность понять (вчувствоваться в) внешнюю ситуацию и интуитивная способность к приспособлению к этой ситуации подтачивается и разрушается постоянными сомнениями. Впоследствии эта интуитивная способность заменяется интеллектуальным пониманием и оценкой, при этом возникают новые сомнения, неуверенность и сдерживание (барьеры), поскольку наш мыслительный аппарат не настолько надежный инструмент, как вырастающее из инстинкта “чувствование”; дея-

тельность мыслительного аппарата подвержена разнообразным нарушениям. Так, невротик постоянно мечется на пути к принятию решения от кратофорного к аристофорному полюсу и обратно. В отличие от душевнобольных (шизофреников), у которых амбивалентность (позиция “да-нет”) выходит на передний план в картине заболевания, невротик сохраняет чувственную связь с внешним миром, он сохраняет критику по отношению к своей позиции и осознает нарушения, характерные для этой позиции. Но невротик останавливается на полпути в выборе решения. Если ему надо выбрать “правый” или “левый” путь, он не решается ни на то, ни на другое, ни на что-то третье. Он выбирает середину, но не золотую середину, а “невротическую”. Если он задумает служить интересам общества или своим собственным, то уже спустя несколько шагов он начинает сомневаться и уставать, и эти сомнения зачастую скрыты и видны лишь посвященному врачебному взгляду. Понятно, что эта усталость и скованность больного, основанные на подобной неуверенности и сомнениях, вызывают игнорирование инстинктов, подавление их и их отклонения, а выражаются они, как мы уже указывали, во всевозможных перверсиях и войне с самим собой. Признаками такого насилия над собой и противоречивости являются, с одной стороны, навязчивые импульсы, навязчивые мысли и навязчивые действия, представляющие собой не что иное, как акты самозащиты подавленных жизненно важных инстинктивных побуждений и, с другой стороны, опасения больного, что он не сможет выразить себя и не способен жить — опасения, приводящие то к тенденциям выключения (ипохондрия из нежелания и отворачивания, функциональные нарушения, мысли о самоубийстве), то — или одновременно — к боязни подобных тенденций выключения (ипохондрия из страха не справиться с жизнью, страха функциональных нарушений, несчастного случая или внезапной смерти). Однако, отвлечение внимания от истинных причин страдания, связанное с концентрацией интереса на подобных отклонениях, последующий откол болезненных явлений-следствий от конфликтов, их поразивших, и превращение этих явлений-следствий в самостоятельное заболевание всегда знаменуют собой своего рода окончание внутренней борьбы и, по меньшей мере, временное успокоение (даже если это действительно тяжелое соматическое заболевание). И это понятно, т.к. больной имеет, прежде всего, то, что хочет: *конверсию*, т.е. видимое на внешнем плане заболевание вместо душевного страдания и, тем самым, правдоподобное для самого себя и мира объяснение и оправдание, почему он не может продолжать развитие. Более того, больной получает теперь желанное сужение и ограничение своего всегдашнего чувства неполноценности на какой-то одной функции или части тела и наглядную, по всей видимости, доступную арену действий для продолжения борьбы за воз-

возможность самовыражения и поднятия духа. Арена борьбы переместилась, так сказать, из непроходимых ущелий и расселин центра страны на периферию, таинственное внутреннее противоречие стало — как уже говорил ШЮЛЕ (SCHUELE) о бредовых идеях и стереотипах — пластичным, оно получило свой вид и язык. Подобно подзаголовку книги или символической фигуре над входом, явления-следствия душевного конфликта, ставшие болезнью, отражают его содержание или подводят нас к его разгадке. “Если ты это знаешь и знаешь, о чем спросить врача, то тебе смысл откроется!”

Я хотел бы привести один пример. Чтобы не выдать мою пациентку, мне придется прибегнуть к некоторым иносказаниям. Двадцативосьмилетняя женщина, незаконнорожденная, жена простого рабочего фабрики и мать двоих детей, рожденных до замужества (они пристроены), страдала kleptomанией. Желание украсть было у нее болезненным, т.к. было направлено не на присвоение чужого имущества, а на удовлетворение неукротимого навязчивого желания делать что-то запретное, тайное, опасное, предсудительное. Как нам известно, это тайное и предсудительное является эрзацем не всегда осознаваемой большим сексуальной потребности, потребности делать назло, потребности в покаянии и т.п. Такие люди не пользуются украденными предметами, они их складывают (пуговицы, блузки, чулки, шелковые ленты) и прячут от третьих лиц, так что посвященным сразу видна бессмысленность и болезненность подобных краж. Следует добавить, что большинство kleptomанов является в остальном порядочными людьми, и они могли бы сделать много полезного, если бы их не мучил постоянно вопрос: “Я должен или не должен?” Исследования показали также, что приступы желания украсть порождают сильное чувство страха, которое, если не удовлетворить желание украсть, может усилиться до проливного пота и страха смерти. Конечно, такое бывает у больного не каждый день, так же как упрямец не всегда только и делает, что упрямится, а у гетеросексуала медовый месяц не длится всю жизнь. Вне сферы душевного разлада, или, как сказали бы *последователи ФРЕЙДА*, комплекса, выражающегося в определенные — то большие, то меньшие — периоды в навязчивой потребности украсть, что попадает на глаза или “плохо лежит”, kleptomан правильно оценивает события и действует по своей воле. Если это так, то его kleptomания — не чисто нервное, невротическое явление, а следствие и сопроводительный симптом душевного заболевания². Но у нашей пациентки этого не было. Она не крала малозначительные вещи, она крала деньги и, хотя она жила до-

вольно бедно, но все же упорядоченно, она эти деньги не тратила и не копила, и не клала под проценты, а тратила с чрезмерным рвением на подарки детям (сладости, игрушки, носовые платочки), причем не своим или соседским, а чужим. Когда она это все дарила, у нее возникало чувство одухотворенного счастья, усиливающееся до состояния экстаза. Именно это состояние экстаза и выдавало ее, по этому состоянию люди и определяли, что она что-то украла, хотя никто не жаловался и расследования не проводили. По нашим сведениям, ее охватывал настоящий восторг, потому что она могла дарить, осчастливить кого-то, как бы ни были ничтожны дары. Она упивалась мыслью, что богата и может дарить, т.к. она была добра и щедра, а что касается богатства, то она поняла, что оно дает возможность звать гостей и доставлять им радость, и это она считала главным его преимуществом. Она вспоминала с благородным презрением своих одноклассниц, более богатых, которым она с удовольствием уже тогда подала бы пример. Они были лучше одеты, их словарь был изысканнее, чем у детей бедняков, к которым принадлежала наша пациентка. Но как они были надменны, нелюбезны и жадны! Наша пациентка была, безусловно, начитанной девушкой, она мечтала о великих куртизанках XVIII века, некоторые из которых выбились из низших слоев общества и достигли власти, всеобщего уважения и высокого общественного положения. С досадливой злостью вспоминала наша больная учителей, отдававших предпочтение детям богатых родителей. На пике восторга нашу пациентку охватывало невыразимое чувство горечи и беспросветности. У нее было чувство, словно она должна отдать последнее, что у нее есть, и затем все разрушить, весь несправедливый мир и себя в том числе. Когда она возвращалась домой, то ее все еще приподнятое настроение могло превратиться в свою противоположность. Она становилась раздражительной, недовольной по любому поводу и начинала браниться. Она успокаивалась лишь тогда, когда ее муж тоже приходил в ярость из-за того позора, который должна была терпеть семья kleptomанки. Муж упрекал ее и даже, бывало, бил. Когда все было позади, пациентке казалось, что бессильный гнев мужа с рукоприкладством был ее величайшим триумфом и конечной целью всех ее краж. Дело в том, что муж был в повседневной жизни мягким и терпеливым человеком, и она ненавидела его беспомощность, кротость и слабость настолько же, насколько любила в нем чувство справедливости, порядочность и, прежде всего, тягу к знаниям. Когда он стоял перед ней, сжав кулаки, со сверкающими глазами, вне себя от ярости, ее тянуло к нему, и она думала: “Вот это настоящий мужчина!”

Поскольку эта пациентка не была ни слабоумной, ни душевнобольной, ни морально ущербной, то и вылечить ее не составляло труда. Уже после короткого расспроса она сама поняла, что воровала для того,

² Это мой ответ на реплику специалиста, что, если человек крадет, не зная, зачем и если его охватывает страх смерти, если он не украдет, то такой человек, разумеется, душевнобольной.

чтобы иметь возможность кого-то одарить и осчастливить, и что желала ссоры с мужем, чтобы видеть его решительным, жестким и сильным и его таким образом возвысить. Так было дано направление врачебной воспитательной работе. После того, как пациентка осознала всю наивность и смехотворность средств, при помощи которых она хотела достичь целей, в общем-то, похвальных, придававших ее существованию больший смысл, она быстро поняла также, что этих целей можно было достичь по-другому, проще и вернее. Она поняла, что надо, прежде всего, обратить материнскую любовь и заботу на своих собственных внебрачных детей, забрать их от людей, у которых они воспитывались. А ее желание победить несостоятельность мужа, подтолкнув его к энергичным действиям, выразилась в том, что она сыграла на его тяге к знаниям и побудила его пойти на курсы повышения квалификации и начать изучать иностранный язык. При этом ее решение взять детей к себе возымело чудесное действие. Оно заключается в следующем. Это ее решение предполагало в муже понимание и уважение ее материнских чувств, это побудило мужа понять эти чувства и согласиться с ними настолько, чтобы ее планы стали его планами. Кроме того, тем, что муж на это согласился, он доказал, что очень привязан к жене и согласен взять на себя обязанности, которые даже ей самой раньше казались не по силам. Следствием такой сильной привязанности и дружбы стало то, что муж в скором времени стал уважаемым членом коллектива, получил ответственный пост, а впоследствии занял высокий пост как государственный служащий. Оглядываясь назад, наша пациентка поняла, что у нее с детства было чрезмерное честолюбие, она никогда не могла смириться с той социальной ролью, которую занимала, она всегда была недовольна, раздражительна и подозрительна. Она не терпела никаких упреков и замечаний, хотя сама постоянно готова была делать их окружающим. Ее ненависть к обществу достигала такой степени, что она временами совершала кражи (о которых сама впоследствии сожалела и которых стыдилась) в качестве мести обществу, она считала эти кражи более или менее справедливым наказанием людям за то, что судьба к ней, по ее мнению, неблагоприятна. Подобные настроения, досада, взрывы зависти и желания мстить у нее исчезли, когда она направила свое честолюбие в нужное русло и увидела начало своего социального восхождения.

Читатель может спросить, почему же такая неглупая и энергичная женщина, как наша пациентка, так глубоко и так надолго ушла в фантазии о счастье, в экзотические ощущения, возникавшие после периодических сумасбродных выходок и правонарушений, завершавшихся побоями. Почему она пыталась добиться удовлетворения своих материнских чувств, радости дарить и делать кого-то счастливым такими окольными, неправильными путями. Почему она, же-

лая в своем муже увидеть мужчину своей мечты, мужественного, решительного, бескомпромиссного, сильного, временами доводила его до бешенства. Мы уже говорили о “половинчатости” поведения невротика, в этом его главная особенность. Он идет лишь до половины своего пути (да и эта половина скрыта и видна лишь как аллегория), вместо того, чтобы действовать открыто и недвусмысленно. Как правило, за каждым началом действий невротика, в каком бы направлении они ни осуществлялись, тут же следует неуверенность, усталость и разочарование, так что не достигается даже близко ничего из того, что служило бы выражением личности невротика и развитием ее. Все импульсивные действия, как кратофорного, так и аристофорного характера, уже почти в самом начале подавляются, искажаются и получают такую перверсию, что возникает лишь противоречивость и борьба с самим собой и окружающими, а затем наступает конверсия. Это приносит частичное успокоение и освобождение: конверсия, воспринимаемая как болезнь, с одной стороны, извиняет и объясняет слабость и несостоятельность, с другой стороны, раз и навсегда ограничивает самовыражение личности невротика. Это ограничение выражается в том, что из всех целей и мечтаний невротика преследуются лишь те, которые кажутся возможными при наличии ограничивающей конверсии, а другие, хотя и отвечающие влечениям больного, исключаются из области преследуемых целей, их невротик больше перед собой не ставит. Он их, по меньшей мере, не полностью осознает. У нашей пациентки спасительная конверсия проявляется в непредсказуемости и неумеренности аффективных реакций, которые воспринимаются как психопатия или аномалия характера. Они выражаются не только как kleptomания, но и как склонность к беспокойству, навязчивым мыслям, мрачному настроению, капризности, вспыльчивости и потере мужества, а, главное, в том, что она отказывалась выполнять материнские обязанности по отношению к своим внебрачным детям, поскольку не предполагала в своем муже, который — она знала это — любит ее, помощника в выполнении родительских обязанностей. Это и понятно: ведь какое же большое облегчение в приспособлении к жизни означает признание ее психических недостатков в, по всей видимости, врожденной предрасположенности! Кто же может обидеться на нее, даже если и считает ее неглупой, за эпизодические эмоциональные взрывы, промахи, сумасбродство и ранимость, слабость духа и неспособность справиться с трудностями жизни, даже за болезненную kleptomанию? Потому-то и стало обычным делом, что невротики разного калибра и другие люди, только рассуждающие о жизненных целях, вместо того, чтобы к ним решительно стремиться, охотно кокетничают такими вещами, как врожденные свойства характера, глупость и даже наследственная отягощенность, чтобы только люди их извинили.

Почему же невротик только предпринимает попытки действовать, жить, да и те лишь намеками и аллегориями? Почему имеет место подавление влечений, их искажение, насилие над ними? Откуда противоречивость, усталость на полпути? Подумать только, в нашем случае хватило бы одного слова нашей пациентки, чтобы ее цель была достигнута, т.к. ее муж — а он позже доказал это! — был готов к сотрудничеству, был готов приспособливаться к ситуации, если бы она только объяснила ему! Но для этого ей надо было сначала понять саму себя и, кроме того, решиться быть собой, а также понять, что муж готов разделить с ней родительские обязанности. Все это означало бы осуществление ее жизненных притязаний. Однако в наших рассуждениях был один пункт: мы посчитали обязательным условием развития невроза следующее. Внимание пациента отвлекается от действительного конфликта, когда оно концентрируется на аффективных или функциональных нарушениях (обусловленных этим конфликтом), что приводит к фиксации нарушений и конверсии. Внимание пациента отвлекается от действительного конфликта, и этим полностью прерывается связь между причиной конфликта и его воздействием на больного, приводя к полнейшему отщеплению. Недооценивая значения причин конфликтов для конверсии и включая их в число неприкосновенного и неоконченного, мы гарантируем их дальнейшее воздействие на пациента. Кажется даже, что нежелание заниматься ими и с ними бороться, насколько это возможно и необходимо, ясно сознавать причины прочих действий, желаний и волевых импульсов, а не только обусловленных конфликтом, все ширится и делает, тем самым, непонимание собственной сути непониманием жизни вообще. При этом растет страх перед самим собой и любимыми жизненными задачами. Дальнейшим следствием будет то, что все, к чему душа стремится втайне, в глубине своей, все снова и снова будет давать о себе знать, и именно потому, что пациент себе это четко не представляет (и поэтому никогда не достигает), и это дает пациенту чувство неудовлетворенности и побуждает его к новым повторным попыткам, а это, в свою очередь, приводит к значительному усилению нервозности, беспокойства, неудовлетворенности и лишает больного определенного направления поведения. Если бы нашей больной понадобилось обоснование ее неуверенности, малодушия и противоречивости, то она сказала бы, что во всем виновато ее происхождение (она незаконнорожденная), ее якобы растроченная юность или ее беда, что она не может вести себя иначе. Такое обоснование скорее пришло бы ей на ум, чем беспощадный мужественный взгляд на саму себя и чем самопознание. Мы вовсе не утверждаем, что она совсем не осознавала своих притязаний, обусловленных ее талантами и стараниями и исподтишка снова и снова проявляющихся, и своего недовольства судьбой. Мы хотим лишь сказать, что она их если и

смутно ощущала или ясно понимала, то не считала осуществимыми жизненными целями, к которым следует стремиться. Страх перед разочарованием, скепсис, малодушие, эгоцентризм и противоречивость делали в ее понимании эти цели недостижимыми, так что она отметала все это как несбыточные мечты и сумасбродство, которые усиленно пыталась забыть. К тому же, она часто затаивала обиду, вместо того, чтобы выговориться, так как ошибочно полагала, что должна быть благодарна мужу за то, что он вообще на ней женился, и, учитывая все эти обстоятельства, ее позор (внебрачные дети) до сих пор оставался с ней. Но стоило ей так подумать, как подавленные импульсы прорывались наружу, и она бунтовала. За скромностью следовал взрыв высокомерия, за обесцениванием и унижением себя и всех вещей следовало их непомерное возвеличивание. Робость перед жизнью сменялась внезапным скороспелым страстным желанием во всем участвовать; застенчивость уступала место хвастливости, печаль — надменности и за пессимистической покорностью судьбе следовало желание сорвать недозревший плод, поменять местами начало и конец и полнейшим образом удовлетвориться ролью, ни осознанно желаемой, ни продуманной и подготовленной, а лишь воображаемой.

Итак, невротика в общих чертах присуще следующее: во всяком деле он мешает сам себе, сам себе все портит. Он жаждет самоутверждения, наслаждений, счастья, но без упорного труда, разочарований и отказа от чего-то, как это бывает при целеустремленной борьбе за желаемое. Нет, невротик замыкается на себе самом, но не хочет смириться с таким положением, он ищет чистой выгоды для себя — и стыдится этого, затем снова кидается в бескорыстие и самопожертвование, втайне коря себя за это и полагая, что надо бы, в конце концов, подумать и о себе самом. Что бы он ни делал, он как правило, думает, что поступает неверно. Единственным “выходом из положения” было бы действовать одновременно аристофорно и кратофорно, делать хорошее для людей — и себя не забывать. Но такое удается невротика очень редко. Если же он действует лишь в одном направлении, то постоянно чувствует противоположный сковывающий импульс и *пожирает* себя упреками. *Из-за недостатка про- бивной силы своих импульсов, невротика приходится снова и снова довольствоваться минутным успехом, вытесненным, в основном, в область представлений (и там разыгрываемым) и символическими действиями*, идет ли речь, как в случае с нашей пациенткой, о неосознаваемой попытке возвыситься или о других истерических механизмах, таких, как заместительные действия покаяния, протеста, самооправдания или вины. Или это истинное наказание, налагаемое на себя самого, когда человек с тяжелым сердцем отказывается идти в гости из опасения, что из-за своего нервного подергивания руки он может кого-то ударить по лицу? Или это однозначно “вредничание”, ко-

гда жена отказывается идти с мужем в театр, ссылаясь на мигрень?

Мы подошли к вопросу, на чем основана недостаточность целостности и пробивной силы инстинктивной жизни невротика. Это может быть обусловленная соматикой слабость инстинктов, врожденная или приобретенная, неправильное воспитание или притеснения окружающими людьми, непреодолимые препятствия экономического, политического или мировоззренческого характера, снижение адаптации к жизни вследствие соматических нарушений разного рода или их последствий и т.д. Некоторые из этих факторов могут взаимодействовать. В отдельных случаях они все налицо. Что касается неправильного воспитания, то это может быть плохой пример со стороны отца-невротика или невротичной матери, и ребенок должен к ним приспосабливаться, или родители ссорятся, и каждый призывает ребенка стать на его сторону, что приводит к неуравновешенности и разбалансированности душевного мира ребенка. Иногда это бывает требование безоговорочного послушания и подчинения, когда любая инициатива душиется в зародыше и когда с юного возраста в человеке погибает желание самостоятельности и ответственности за свою жизнь. Наконец, неправильное воспитание может выражаться в ужасной избалованности, когда каждое желание ребенка тотчас же исполняется, и способность к выдержке и терпению, столь необходимые в так называемой жизненной борьбе, не только не воспитываются, но разрушаются при первом же появлении.

Для врачебного прогноза и лечения не существенно, является ли возникший невроз следствием врожденных задатков, обусловлен ли он соматикой или является приобретенным, поскольку все функции тела, даже клеточный обмен веществ и обмен соков, сон и вся жизнь инстинктов являются, в конце концов, вещами духовными, частично управляемыми большим мозгом и, вследствие этого, испытывают на себе воздействие духа и души, как это мы можем ежедневно наблюдать в жизни. Не удивительно, что они, находясь под воздействием психотерапевтического успокоения и оздоровления, протекают, так сказать, сами по себе более упорядоченно и “экономно”. Для лечения не играет роли, являются ли соматические нарушения следствием здорового или невротического аффекта раздражения, страха, отвращения или уныния. Явления, сопровождающие на плане соматики аффекты в широком смысле слова, все равно относятся к ним (аффектам), ими автоматически запускаются и продолжают свое действие даже тогда, когда давно

отзвучал аффект их породивший. Стоит вспомнить, как дрожат колени и краснеют щеки, когда эмоция страха или смущения уже позади. Если же подобное исключительное состояние продолжается какое-то время или превращается в длительный аффект, то функциональные нарушения, вызванные ими, так “пришлифовываются”, что становятся привычкой или правилом (нарушения желудочно-кишечного тракта, женские болезни). Однако, повторяем, о неврозах мы еще не говорим в той стадии, когда нарушаются функции организма, даже если причина нервного перенапряжения совершенно очевидна. О неврозах мы говорим в том случае, когда внимание и оценка неуверенного в себе больного, измученного боязливым ожиданием, обращается не на все нарушения в их единстве, а лишь на их соматическую составляющую, а психический компонент при этом вытесняется и маскируется. Это затрудняет врачебное вмешательство и выяснение, а лишь способствует тому, что конверсия достигает уровня самостоятельного заболевания и как таковое встраивается в организм.

Врачу всегда следует помнить, что не надо следовать за невротиком в его толковании, т.е. игнорировать связь с психическим и воспринимать аномалии как органические заболевания. Врачу следует открыть больному глаза на то, отчего он отворачивает свой взгляд, а именно: на конфликт, к которому относятся сопровождающие его симптомы на уровне соматики, эти ставшие пластичными напряженные состояния аффекта. Они так же соотносятся с этим конфликтом, как тихий голос с робким характером или бледность с испугом. Ведь невротик и ожидает от врача, чтобы тот дал ему “зеркало”, в котором он увидел бы себя как взбунтовавшийся ребенок и внезапно понял все свои пороки: малодушие, трусость, ранимость-раздражительность и внутреннюю лживость. Больной втайне также чувствует, что это ему не поможет, что он может быть решительным и предприимчивым, даже слишком усердным, чрезмерно храбрым, т.к. больной полагает, что врач знает, что подобные взрывы так же характерны для нервного характера, как лай для собаки, и врач должен знать, что эти взрывы бьют дальше цели, и поэтому ими так же ничего нельзя достичь, как и все повторяющимися попытками действовать и останавливаться на полпути. А потому психотерапия тогда успешна, когда она воспитывает в больном способность к самопознанию и мужество быть таким, каков он есть.

(Продолжение следует)

Уголовная ответственность за незаконное помещение в психиатрический стационар

Ю. Н. Аргунова

Дается наиболее полная и развернутая характеристика состава преступления, предусмотренного ст. 128 УК РФ. Рассмотрены случаи незаконной госпитализации в психиатрический стационар, подпадающие под действие других статей УК РФ. Приводится сравнительный анализ мнений юристов по наиболее сложным проблемам квалификации данного преступления. Обосновывается собственная позиция автора в отношении понятия “незаконное помещение”, а также по вопросу о субъекте данного преступления.

Ключевые слова: психиатрический стационар, основания и порядок помещения, решение врача-психиатра, умысел, неосторожность, ответственность

Незаконное помещение лица в психиатрический стационар влечет уголовную ответственность по ст. 128 УК РФ¹. Это деяние относится к преступлениям против свободы, чести и достоинства личности.

Данная норма в той или иной редакции присутствовала в российском законодательстве и ранее. Уголовное Уложение 1903 г. содержало норму об ответственности за похищение и задержание людей в больнице для умалишенных (п. 1 ст. 500). Ответственность за помещение в больницу для душевнобольных заведомо здорового лица из корыстных или иных личных видов предусматривали и уголовные кодексы РСФСР 1922 и 1926 г. Примечательно, что в Уголовный кодекс РСФСР 1960 г. подобная норма уже вошла. И лишь в 1988 г., ознаменовавшемся введением в действие Положения об условиях и порядке оказания психиатрической помощи, утвержденного Указом Президиума Верховного Совета СССР, в УК РСФСР была вновь введена статья об ответственности за помещение в психиатрическую больницу заведомо психически здорового лица (ст. 126²). В такой редакции она просуществовала до 1996 г., пока не был принят ныне действующий УК РФ.

¹ Статья 128 УК РФ. Незаконное помещение в психиатрический стационар

1. Незаконное помещение лица в психиатрический стационар — наказывается лишением свободы на срок до трех лет.

2. То же деяние, если оно совершено лицом с использованием своего служебного положения либо повлекло по неосторожности смерть потерпевшего или иные тяжкие последствия, — наказывается лишением свободы на срок до семи лет с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до трех лет или без такового. (абзац в ред. Федерального закона от 7 марта 2011 г. № 26-ФЗ).

Статья 128 УК РФ по сравнению с ранее действовавшей аналогичной нормой значительно расширила и усилила ответственность врачей-психиатров за незаконное помещение в психиатрический стационар: расширена объективная сторона данного состава преступления (ответственность по этой статье теперь не ограничивается случаями госпитализации лишь заведомо здоровых граждан); введены квалифицирующие признаки деяния, влияющие на меру наказания (они перечислены в ч. 2 ст. 128); ужесточена санкция.

В широком смысле под *незаконным* помещением в психиатрический стационар понимается такое помещение, которое осуществлено с нарушением законодательства, устанавливающего основания и порядок госпитализации в такой стационар с согласия лица либо без такого согласия.

Для того чтобы квалифицировать ту или иную госпитализацию как незаконную, необходимо прежде всего уяснить какие же основания для госпитализации являются *законными*. Таковых несколько:

1) наличие у лица психического расстройства и решение врача-психиатра о проведении обследования или лечения в стационарных условиях при наличии информированного добровольного согласия лица (в отношении несовершеннолетнего в возрасте до 15 лет при наличии согласия его законного представителя или решения органа опеки и попечительства) либо постановления судьи в соответствии со статьями 28, 29, 32 – 36 Закона РФ “О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании” и главой 35 ГПК РФ;

2) постановление (определение) о назначении стационарной судебно-психиатрической экспертизы в соответствии с нормами ГПК РФ (при явном уклонении от прохождения экспертизы гражданина, в отношении которого возбуждено дело о признании его

недееспособным, помимо этого в качестве обязательного основания для помещения такого лица в стационар должно быть определение о его принудительном направлении на экспертизу — ст. 283 ГПК РФ) или УПК РФ (в отношении подозреваемого или обвиняемого, не содержащегося под стражей, требуется также судебное решение о помещении в психиатрический стационар для производства экспертизы — ст. 203 УПК РФ);

3) установление факта психического заболевания у лица, совершившего запрещенное уголовным законом деяние, и решение суда о переводе (помещении) данного лица в психиатрический стационар, принятое по ходатайству следователя с согласия руководителя следственного органа или дознавателя с согласия прокурора (ст. 435 УПК РФ);

4) постановление суда об освобождении лица от уголовной ответственности (или от наказания) и о применении к нему принудительных мер медицинского характера в виде принудительного лечения в психиатрическом стационаре с определенным типом наблюдения; постановление суда об изменении или продлении применения указанных мер в соответствии со ст. 21, 97, 81, 102 УК РФ, ст. 443 УПК РФ и ст. 13 Закона РФ “О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании”;

5) направление комиссии по постановке граждан на воинский учет (или призывной комиссии) на обязательное стационарное психиатрическое обследование в рамках военно-врачебной экспертизы согласно ФЗ “Об обороне”, ст. 51 и 53 Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан и Положению о военно-врачебной экспертизе, утвержденному постановлением Правительства РФ от 25.02.2003 г. № 123 и др.;

6) направление специализированного бюро медико-социальной экспертизы на стационарное психиатрическое обследование лица с его согласия в рамках медико-социальной экспертизы в соответствии с ФЗ “О социальной защите инвалидов в Российской Федерации”, Правилами признания лица инвалидом, утвержденными постановлением Правительства РФ от 20.02.2006 г. № 95.

В свою очередь, с точки зрения оснований уголовной ответственности, не всякая “незаконная” госпитализация расценивается как преступление.

В ряде же случаев “незаконная” госпитализация может содержать признаки другого преступления и соответственно квалифицироваться не по ст. 128 УК РФ, а по другим статьям уголовного закона.

Так, если лицо помещено в психиатрический стационар при отсутствии какого-либо из указанных выше оснований, но с его согласия, например, для проведения специальных или лабораторных обследований, для обеспечения ухода при общесоматическом заболевании, это является нарушением закона, однако не влечет уголовную ответственность, поскольку

не ущемляет права и законные интересы этого лица, которое в любое время может покинуть стационар².

Под *незаконным помещением в психиатрический стационар в рамках ст. 128 УК РФ* должно пониматься не просто несоблюдение установленных законом оснований и порядка помещения в психиатрический стационар, а существенное нарушение, которое привело к помещению туда человека, заведомо не нуждающегося в стационарном психиатрическом обследовании, наблюдении или лечении, ограничению его личной свободы, нанесению ущерба достоинству гражданина.

Нарушение порядка помещения в психиатрический стационар лица, которое нуждается в таком обследовании, наблюдении или лечении, как правило, не содержит состава данного преступления, оно может быть отнесено к категории *дисциплинарных проступков*. За неисполнение или ненадлежащее исполнение работником по его вине возложенных на него трудовых обязанностей работодатель вправе применить дисциплинарное взыскание: замечание, выговор, увольнение по соответствующим основаниям (ст. 192 ТК РФ). Запустить данный механизм могут, например, результаты прокурорской проверки по обращению лица (правозащитной организации по просьбе лица), в ходе которой такие нарушения были установлены органами прокуратуры.

Статья 128 УК РФ при этом охватывает, в основном, случаи незаконной госпитализации с нарушением требований законодательства о здравоохранении. Действие этой статьи не распространяется на случаи помещения в психиатрический стационар лица в нарушение норм уголовного и уголовно-процессуального законодательства, в частности на принудительное лечение. Доктринальное и судебное толкование ст. 128 УК РФ³ исходит из правила, установленного ч. 3 ст. 17 УК РФ: если преступление предусмотрено общей и специальной нормами, совокупность преступлений отсутствует и уголовная ответственность наступает по специальной норме. Следовательно, при квалификации подобных случаев незаконной госпитализации применяются ст. 301 УК РФ (о незаконном заключении под стражу или содержании под стражей) и ст. 305 (о вынесении заведомо неправосудного судебного акта) — если речь идет о незаконных действиях судьи; ст. 307 УК РФ (о заведомо ложных показаниях свидетеля, потерпевшего либо заключениях и показаниях эксперта), ст. 303 УК РФ (о фальсификации доказательств) — если речь идет о незаконных действиях других участников процесса. Международ-

² Комментарий к Уголовному кодексу Российской Федерации. Особенная часть / Под ред. Ю. И. Скуратова и В. М. Лебедева. — М.: ИНФРА. М-НОРМА, 1996. С. 67.

³ Комментарий к Уголовному кодексу Российской Федерации / Под ред. Н. Ф. Кузнецовой. — М.: ЗЕРЦАЛО, 1998. С. 281.

но-правовые акты рассматривают помещение в психиатрический стационар как разновидность задержания или лишения свободы. В силу ч. 4 ст. 15 Конституции РФ ответственность судей, следователей, дознавателей в случае незаконной госпитализации в психиатрический стационар следует по ст. 301 УК РФ, по которой наказывается незаконное задержание и содержание под стражей.

Характеристика состава преступления, предусмотренного ст. 128 УК РФ

Основанием уголовной ответственности по ст. 128 УК РФ является наличие в совершенном деянии всех признаков состава преступления — системы объективных и субъективных элементов, образующих общественную опасность деяния.

Объектом рассматриваемого преступления является личная свобода и достоинство человека. Факультативным объектом — здоровье потерпевшего.

С позиции уголовного права незаконное помещение в психиатрический стационар представляет собой специальный вид незаконного лишения свободы.

Объективную сторону данного состава преступления образуют:

– недобровольное помещение заведомо психически здорового лица в психиатрический стационар по решению врача или комиссии врачей-психиатров для его обследования, лечения либо изоляции под видом оснований, указанных в ст. 29 Закона о психиатрической помощи, либо оснований, предусмотренных другими законами, либо без таковых;

– недобровольное помещение в психиатрический стационар лица, страдающего психическим расстройством, однако при заведомом отсутствии оснований, указанных в п. “а”, “б” или “в” ст. 29 Закона о психиатрической помощи и в иных законодательных актах;

– помещение в психиатрический стационар лица, не страдающего либо страдающего психическим расстройством, в случаях, когда требуемое законом для такого помещения согласие лица на госпитализацию получено от него с помощью обмана, шантажа, угроз, насилия и т.п.

Обман может выражаться, например, в намеренном введении лица в заблуждение относительно его психического состояния, нуждаемости в психиатрическом обследовании или лечении, условий пребывания. Лицо может быть помещено в психиатрическое отделение под видом общесоматического.

Состав преступления будет также в том случае, когда согласие на госпитализацию формально зафиксировано, но оно либо не отражает действительной позиции лица (его законного представителя), т.к. получено в результате давления на него, либо исходит от законного представителя, который инициировал помещение лица в стационар из корыстных или иных личных побуждений.

Преступление, предусмотренное ст. 128 УК РФ, может выражаться, в частности, в насильственных или обманных действиях по водворению лица в психиатрический стационар в случаях, требующих его согласия на госпитализацию; в намеренном игнорировании судебного порядка в случае недобровольной госпитализации; в госпитализации без последующего комиссионного заключения врачей-психиатров либо на основании заключения, содержащего заведомо ложный диагноз и прогноз; в фальсификации данных о психическом состоянии лица, на которые затем ссылается комиссия врачей-психиатров и судья. Эти действия могут маскироваться учинением подлогов в медицинской документации, что предполагает дополнительную квалификацию содеянного по ст. 292 УК РФ (*служебный подлог*).

В любом случае должно иметь место: а) заведомо обосновательное помещение в стационар и б) отсутствие реального согласия лица (его законного представителя) или существенное нарушение процедуры недобровольной госпитализации⁴.

Уголовно-наказуемым является также *покушение* на преступление данного вида, т.е. умышленные действия (бездействие) лица, непосредственно направленные на совершение данного преступления, если при этом преступление не было доведено до конца по не зависящим от этого лица обстоятельствам.

Уголовная ответственность может наступить и за *приготовление* к преступлению, предусмотренному ст. 128 УК РФ, однако только при условии квалификации действий виновного по части 2 этой статьи. Приготовлением к преступлению признаются приискание, изготовление или приспособление средств или орудий совершения преступления, приискание соучастников преступления, сговор на совершение преступления либо иное умышленное создание условий для совершения преступления, если при этом преступление не было доведено до конца по не зависящим от виновного лица обстоятельствам (ст. 30 УК РФ).

Удержание в психиатрическом стационаре законно помещенного туда лица в случаях: а) если имеется вступившее в законную силу решение суда об отказе в удовлетворении заявления представителя стационара о недобровольной госпитализации (или о ее продлении); б) выздоровления или улучшения психического состояния лица, при котором основания для недобровольной госпитализации (если они имелись) отпали, а само лицо не дало согласия на дальнейшее нахождение в стационаре; в) завершения обследования или экспертизы может квалифицироваться как *незаконное лишение свободы* (ст. 127 УК РФ) или *злоупотребление должностными полномочиями* (ст. 285 УК РФ).

⁴ Там же.

Оставление лица в стационаре свыше 6 месяцев при возможном сохранении оснований для недобровольной госпитализации, предусмотренных ст. 29 Закона о психиатрической помощи, без обращения представителя стационара в суд о продлении ее срока (при отсутствии преднамеренности в бездействии медицинских работников) может влечь ответственность за *халатность* (ст. 293 УК РФ). Угрозой необоснованного оставления лица в стационаре служит игнорирование администрацией психиатрического учреждения необходимости периодической (не реже одного раза в месяц) комиссионной оценки динамики состояния пациента.

Незаконное помещение в психиатрический стационар может быть выражением объективной стороны состава другого преступления. Так, госпитализация лица, не страдающего психическим расстройством, с его согласия с целью освобождения его от уголовной ответственности за совершение им особо тяжкого преступления (т.е. умышленного деяния, за совершение которого предусмотрено наказание свыше десяти лет лишения свободы) при определенных условиях может квалифицироваться как *заранее не обещанное укрывательство* такого преступления (ст. 316 УК РФ) либо влечь ответственность медицинского работника за *соучастие (пособничество)* в совершенном этим лицом преступлении в виде *заранее обещанного сокрытия* преступника (ст. 33 УК РФ).

Субъектом данного преступления, т.е. лицом способным нести уголовную ответственность за незаконное помещение в психиатрический стационар, является лицо (лица), принявшее решение о стационарировании, — врач, главным образом, врач-психиатр, заведующий отделением, члены комиссии. Такое лицо (лица) является *исполнителем* преступления.

Соучастником (организатором, подстрекателем, пособником) преступления может выступать недобросовестный родственник госпитализированного, другое частное или должностное лицо, оказавшее давление на врача или вступившее с ним в сговор (ст. 34 УК РФ).

Судья, вынесший заведомо неправосудное решение о госпитализации лица в недобровольном порядке, несет ответственность за преступление *против правосудия* (ст. 305 УК РФ).

Автор данной статьи не разделяет в этой связи точку зрения многих правоведов о том, что основным субъектом преступления, предусмотренного ч. 1 ст. 128, являются “родственники или законные пред-

ставители потерпевшего”⁵ и даже “соседи”⁶. Не вызывает поддержки и расширительное определение субъекта данного преступления как “вменяемого лица, достигшего 16 лет”⁷. По мнению канд. юрид. наук В. И. Колосовой, “субъектами данного посягательства могут быть родственники, иные лица, заинтересованные в помещении потерпевшего в психиатрический стационар, в т.ч. врач-психиатр, поставивший заведомо ложный диагноз и давший заключение о необходимости лечения”⁸.

Подобные суждения, на наш взгляд, основаны не на правовом, а на общебытовом представлении о процедуре “помещения” в психиатрический стационар. Когда люди говорят: “Я поместил свою сестру (мать, дочь) в больницу”, то под этим обычно подразумевают, что они проявили инициативу. Понятно, что на самом деле такое помещение осуществил врач, а не они. Как бы ни старались любые “заинтересованные лица” “поместить” (водворить) своего родственника в палату психиатрического стационара сделать им этого не удастся. Единственным “вменяемым лицом, достигшим 16 лет”, которому это сделать под силу, является врач-психиатр. Именно его решение, а не просьбы третьих лиц делает возможным оформление лица в приемном покое как пациента стационара психиатрического профиля. Согласно ч. 2 ст. 20 Закона о психиатрической помощи установление диагноза психического заболевания, принятие решения об оказании психиатрической помощи в недобровольном порядке либо дача заключения для рассмотрения этого вопроса является *исключительным* правом врача-психиатра или комиссии врачей-психиатров.

Другой причиной, по которой врач-психиатр часто не называется основным субъектом преступления, предусмотренного ч. 1 ст. 128 УК РФ, по нашему мнению, служит указание в ч. 2 ст. 128 УК РФ на *специальный субъект* — лицо, использующее свое служебное положение. Отсюда, по-видимому, многие юристы делают неверное, на наш взгляд, предположение о том, что, поскольку ч. 1 в отличие от ч. 2 ст. 128 УК РФ специального субъекта не предусматривает, то субъектом такого преступления может быть любой гражданин.

Вопрос о субъекте рассматриваемого преступления является непростым еще и потому, что процесс принятия окончательного решения о помещении лица в психиатрический стационар растянут во времени. В принятии такого решения поэтапно участвуют несколько врачей-психиатров: во-первых, врач ПНД,

⁵ См., например: Комментарий к Уголовному кодексу Российской Федерации / Отв. ред. В. И. Радченко — М.: Проспект, 2010. С. 208.

⁶ Комментарий к Уголовному кодексу Российской Федерации / Отв. ред. А. И. Бойко — Ростов-на-Дону: Феникс, 1996. С. 307.

⁷ Комментарий к Уголовному кодексу Российской Федерации / Под ред. В. Т. Томина, В. В. Сверчкова — М.: Юрайт, 2010. С. 422.

⁸ Там же.

оформляющий направление на госпитализацию (в этом случае лицо доставляется в стационар в сопровождении санитаров психиатрической перевозки), либо врач скорой психиатрической помощи при экстренном вызове; во-вторых, врач приемного покоя (дежурный врач), опрашивающий лицо и оформляющий историю болезни; в-третьих, лечащий врач, наблюдающий пациента в первые часы его пребывания в стационаре и назначающий лечение; в-четвертых, члены комиссии врачей-психиатров, обязанные освидетельствовать лицо, помещенное в стационар, в течение 48 часов. Именно последние в соответствии со ст. 32 Закона о психиатрической помощи принимают решение об обоснованности госпитализации. В случае признания госпитализации необоснованной лицо подлежит немедленной выписке. Свою лепту вносит и представитель стационара, которому надлежит подать в суд заявление о недобровольной госпитализации лица, если по заключению комиссии такая госпитализация обоснована.

Если исходить из того, что, по мнению большинства юристов, состав данного преступления считается *оконченным* с момента фактического водворения лица в стационар независимо от длительности пребывания потерпевшего в нем (сам закон не дает определение понятия “помещение”), то соответственно члены комиссии, хотя они и замыкают перечень врачей-психиатров, правомочных принимать решение, субъектами данного преступления выступать не могут, даже при наличии с их стороны виновного поведения. В таком случае “крайним” оказывается врач приемного отделения (дежурный врач), который за отведенное ему короткое время общения с доставленным в стационар лицом должен безошибочно диагностировать психическое состояние этого лица и спрогнозировать его поведение. В подобных ситуациях врач приемного покоя склонен передоверяться мнению своих коллег — врача ПНД, подготовившего направление на госпитализацию, врача скорой психиатрической помощи, который имел возможность оценить поведение лица во время приезда по экстренному вызову. Врач приемного покоя, зачастую, “из благих побуждений” предпочитает оставить лицо в стационаре “на всякий случай” “до завтра”, а фактически на 48 часов и даже более, рассчитывая на мнение членов комиссии. Таким образом, решение врача приемного покоя во многих случаях предопределено.

И действительно добиться возбуждения уголовного дела по факту незаконной госпитализации лица, которого выписали из стационара через 48 часов, практически невозможно. И это при том, что лицо, заведомо не нуждающееся в недобровольной госпитализации, на глазах у соседей выволакивается из дома, зачастую без одежды и личных вещей, подвергается связыванию и другим мерам физического стеснения, введению “успокоительных” средств. Ему отказывается в возможности вызвать представителя. Фактиче-

ски на двое суток без санкции судьи такое лицо лишается свободы, подвергается медикаментозному “лечению”, фиксации и различным запретам. Сохранить свое реноме такому лицу после выписки из стационара бывает уже трудно. Факт госпитализации в психиатрическую больницу, пусть даже при наличии “хорошей” выписки из истории болезни, переправляемой в обязательном порядке в ПНД по месту жительства, может по понятным причинам поставить под сомнение реализацию многих его планов на будущее.

Представляется обоснованной в итоге точка зрения тех юристов, которые считают субъектом данного преступления врача-психиатра, являющегося членом комиссии, принимающей решение, лечащего врача или *иного* врача-психиатра, подготовившего явно незаконное решение либо сфальсифицировавшего в этих целях историю болезни⁹.

Субъективная сторона состава преступления.

Преступление, предусмотренное ч. 1 ст. 128 УК, является *умышленным*. По мнению большинства юристов, оно предполагает вину в форме *прямого умысла*. Это означает, что виновный *сознает*, что незаконно госпитализирует психически здоровое лицо помимо его воли либо помещает в стационар лицо, страдающее психическим расстройством, без законных оснований, и *желает* совершить названные действия.

Вместе с тем, редакция ст. 128 УК РФ, с нашей точки зрения, дает возможность предположить, что субъект преступления может сознавать незаконность своих действий, однако не желать, а лишь сознательно допускать наступление преступного результата, что означает наличие *косвенного умысла*.

Возможность *неосторожной* формы вины ст. 128 УК РФ исключает. Представим ситуацию, при которой врач в силу недобросовестного отношения к своим профессиональным обязанностям не предпринимает никаких действий по осмотру доставленного в приемный покой лица, целиком полагаясь на мнение врача ПНД, врача скорой психиатрической помощи или на информацию, сообщенную родственниками пациента, преследующими цель ввести врача в заблуждение относительно психического состояния госпитализируемого. В данном случае врач предвидит вероятность неправомерного характера проводимого им стационарирования, но без достаточных к тому оснований самонадеянно рассчитывает на то, что этого не случится, и достоверность сведений найдет подтверждение после госпитализации лица (*неосторожность в форме легкомыслия*) либо не предвидит вероятности противоправного характера помещения, хотя должен был и мог его предвидеть (*неосторожность в форме небрежности*).

⁹ Комментарий к Уголовному кодексу Российской Федерации / Отв. ред. А. В. Наумов. — М.: Юристъ, 1996. С. 338.

Ситуации, подобные описанной, возбуждение уголовного дела по ст. 128 УК РФ не влекут, т.к. по правилам ч. 2 ст. 24 УК РФ, деяние, совершенное по неосторожности, признается преступлением только в том случае, когда оно специально предусмотрено в самой статье. Поскольку в ч. 1 ст. 128 указания на неосторожную форму вины не содержится, уголовно-наказуемыми считаются только умышленные действия врача. Следует учитывать также, что другая крайность — бездеятельность, неоказание помощи больному без уважительных причин, отказ в принятии больного в лечебное учреждение, если это повлекло по неосторожности причинение средней тяжести вреда здоровью больного, — образует объективную сторону уже другого состава преступления. Оно предусмотрено ст. 124 УК РФ “Неоказание помощи больному”.

Мотивы и цели незаконного помещения лица в психиатрический стационар могут быть различными: корысть, месть, карьеризм; намерение скомпрометировать потерпевшего, лишить его возможности участвовать в каких-либо служебных или общественных делах, в воспитании ребенка; желание избавиться от необходимости осуществления домашнего ухода за пожилым родственником, стремление впоследствии облегчить процедуру признания его недееспособным, завладеть его жилплощадью, пользоваться имуществом потерпевшего, а также иная личная или групповая заинтересованность. В психиатрический стационар, зачастую, отправляют лиц, “жалующихся в различные инстанции”, при отсутствии показаний для их недобровольной госпитализации с единственной целью пресечь их “сутяжно-паранойяльную деятельность” и избежать тем самым необходимости отвечать на их обращения и подвергаться многочисленным проверкам по жалобам таких граждан. Известны случаи, когда мотивом необоснованной госпитализации в психиатрический стационар оказывалось намерение администрации детского дома наказать своих воспитанников за побег и непослушание. Неправомерный характер стационарирования часто имеет место в регионах с плохо организованной, недоукомплектованной кадрами амбулаторной психиатрической службой.

Можно заметить, что не всегда корректно цели помещения в психиатрический стационар формулируются в официальных документах, вследствие чего, фактически “по Фрейду”, раскрываются истинные намерения, преследуемые при осуществлении таких госпитализаций. Так, на бланке ПНД № 19 г. Москвы “Направление в стационар” среди целей направления (лечение, очередное переосвидетельствование и др.) указаны такие цели, которые нельзя признать законными, в частности, “лишение дееспособности”, “оформление и отправка в дом интернат для хронически-психических больных” (приводим формулировку в точном соответствии с бланком).

В ст. 128 УК РФ мотив, как и цель, незаконных действий не указывается и поэтому на квалификацию содеянного не влияет. Однако их характер, по нашему мнению, должен учитываться судом при определении меры наказания виновному.

Незаконное помещение лица в психиатрический стационар наказывается лишением свободы на срок до 3-х лет (ч. 1 ст. 128).

Часть 2 ст. 128 УК РФ предусматривает два квалифицирующих признака (отягчающих обстоятельства) и соответственно устанавливает повышенную меру наказания — до 7 лет лишения свободы — за совершение этого деяния лицом *с использованием своего служебного положения* либо, если незаконное помещение в психиатрический стационар повлекло по неосторожности *смерть* потерпевшего или иные *тяжкие последствия*. В этих случаях с учетом обстоятельств дела, а также личности виновного суд может в качестве *дополнительного наказания* лишить виновного права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до 3-х лет.

Лицом, “использующим свое служебное положение”, т.е. наделенным организационно-распорядительными функциями и использующим свои полномочия вопреки интересам службы, может быть, например, главный врач больницы, один из руководителей стационара или заведующий отделением, вышестоящее лицо в органах здравоохранения либо иное лицо, которое в силу своего служебного положения может влиять на принятие решения о незаконной изоляции потерпевшего в психиатрическом стационаре.

Если в деле имеется коррупционная составляющая, т.е. такое лицо, занимая должность в государственном или муниципальном учреждении, совершает указанные действия за взятку, ответственность наступает по совокупности преступлений — по ст. 128 и ст. 290 УК РФ (*Получение взятки*). Если же лицо работает в негосударственной медицинской клинике, квалификация содеянного осуществляется по статьям 128 и 204 УК РФ (*Коммерческий подкуп*).

Смерть потерпевшего может наступить, например, в результате причинения ему телесных повреждений при подавлении его сопротивления, пресечении попытки побега, неправильного или избыточного применения “мер физического стеснения”, передозировки лекарственных средств. Смерть потерпевшего может последовать также от самоубийства.

К иным тяжким последствиям следует отнести причинение тяжкого или средней тяжести вреда здоровью потерпевшего, включая возможное возникновение соматического или психического расстройства. Отдельные авторы к иным тяжким последствиям относят также длительное пребывание в психиатрическом стационаре.

Если само незаконное помещение в психиатрический стационар, как уже отмечалось, является преступлением умышленным, то наступление смерти или иных тяжких последствий, как правило, умыслом виновного не охватывается. Вина в их наступлении в рамках ч. 2 ст. 128 УК РФ может быть только *неосторожной*. Уголовная ответственность за такие последствия наступает, поэтому, только в том случае, если лицо предвидело возможность их наступления, но без достаточных к тому оснований самонадеянно рассчитывало на их предотвращение, или в случае, если лицо не предвидело, но должно было и могло предвидеть возможность наступления этих последствий (ст. 27 УК РФ). Если же потерпевший получил увечья или был лишен жизни в результате преднамеренных действий, виновному будет дополнительно предъявлено обвинение в совершении преступления против жизни и здоровья.

Наступление тяжких последствий должно находиться в *причинной связи* с незаконным помещением данного лица в психиатрический стационар.

Размер наказания суд определяет в зависимости от личности преступника, степени его опасности для общества и, самое главное, — в зависимости от тяжести последствий совершенного деяния, причиненного ущерба.

Незаконное помещение лица в психиатрический стационар при наличии отягчающих обстоятельств (ч. 2 ст. 128 УК РФ) относится в соответствии со ст. 15 УК РФ к категории *тяжких* преступлений, что влечет определенные законом правовые последствия. В частности, при осуждении за такое преступление увеличиваются сроки давности обвинительного приговора, сроки погашения судимости, а условно-досрочное освобождение от отбывания наказания может быть применено лишь после фактического отбытия осужденным не менее половины срока наказания.

Предварительное следствие по делам о преступлениях, предусмотренных ст. 128 УК РФ, производится следователями Следственного комитета РФ (ст. 151 УПК РФ). Потерпевшему по данному делу может быть назначена СПЭ.

Дела такого рода в судебной практике, однако, чрезвычайно редки. Это объясняется, в частности неопределенностью в понятиях и признаках данного состава преступления, возникающими отсюда

затруднениями в квалификации деяния, в установлении его стадий и момента, с которого это преступление можно считать оконченным, а также трудностями в доказывании умысла виновного. Потерпевшие и их представители, как правило, не обладают достаточной осведомленностью в сфере медицинского права. До суда доходят, поэтому, лишь вопиющие случаи¹⁰.

Уровень общественной опасности незаконного помещения в психиатрический стационар явно недооценивается и не только правоприменителем, но и законодателем, судя по последним изменениям, внесенным в Трудовой и Семейный кодексы РФ¹¹.

Так, согласно новой редакции части второй ст. 331 ТК РФ *к педагогической деятельности не допускаются* лица, имеющие или имевшие судимость, подвергающиеся или подвергавшиеся уголовному преследованию (за исключением лиц, уголовное преследование в отношении которых прекращено по реабилитирующим основаниям) за преступления против свободы, чести и достоинства личности. Из этого перечня незаконное помещение в психиатрический стационар (ст. 128 УК РФ), стоящее по уровню общественной опасности в одном ряду с похищением человека (ст. 126 УК РФ) и незаконным лишением свободы (ст. 127 УК РФ), в отличие от двух последних, по непонятной причине исключено, вместе с такими деяниями, как клевета и оскорбление.

Аналогичное исключение предусмотрено и в новой ст. 351¹ ТК РФ, касающейся *ограничения на занятые трудовой деятельностью* в сфере образования, воспитания, развития несовершеннолетних, организации их отдыха и оздоровления, медицинского обеспечения, социальной защиты и социального обслуживания. На лицо, незаконно поместившего человека в психиатрический стационар, не распространяется запрет и на его государственную регистрацию в качестве индивидуального предпринимателя, который намерен осуществлять предпринимательскую деятельность в указанных выше сферах (п. 4 ст. 22¹ ФЗ “О государственной регистрации юридических лиц и индивидуальных предпринимателей”).

Новая же редакция ст. 127 и 146 СК РФ позволяет лицам, судимым или подвергающимся уголовному преследованию за незаконное помещение в психиатрический стационар, становиться *усыновителями* или *опекунами* несовершеннолетних.

¹⁰ См., например, Бюллетень Верховного Суда Российской Федерации, 2007, № 3. С. 30 – 31.

¹¹ См.: федеральные законы от 23 декабря 2010 г. № 386-ФЗ и 387-ФЗ.

Обзор избранных публикаций Журнала Американской академии психиатрии и права, т. 39, 2011, 1 – 2

В. В. Мотов (Тамбов)

Номер открывается статьей профессора права и психиатрии **Ralph Slovenko**, JD, PhD (Wayne State University, штат Мичиган) “**DSM в судебном процессе и законодательстве**” (The DSM in Litigation and Legislation).

Автор обращает внимание на содержащуюся в действующей в США классификации психических расстройств DSM-IV-TR оговорку, что документ предназначен для клинических, образовательных и исследовательских, но не судебных целей. Использование для судебных целей, как указывается в DSM, может создать значительный риск неправильного ее понимания или злоупотребления ею — риск, возникающий из-за несоответствия информации, содержащейся в клинических диагнозах, с той, что необходима для ответа на основные правовые вопросы.

В то же время авторы DSM отмечают, что “когда она используется должным образом, диагнозы и диагностическая информация могут помочь в решении стоящих перед судом вопросов. Например, когда наличие психического расстройства является условием для последующего судебного решения (недобровольная госпитализация, к примеру), использование общепринятой диагностической системы повышает ценность и надежность решения суда”. Кроме того, психиатрическая классификация, базирующаяся на анализе клинической и научной литературы, служит барьером на пути беспочвенных спекуляций в отношении психических расстройств. Наконец, информация относительно течения болезней помогает формулировать правильное судебное решение в случаях, когда правовой вопрос касается психического функционирования человека в определенный период времени в прошлом или будущем.

Хотя, как отмечает автор, почтительное отношение судов к DSM скорее исключение, чем правило, суды достаточно часто ссылаются на нее (более 5500 ссылок). Автор приводит конкретные примеры обращения к психиатрической классификации в текстах судебных решений и в законодательных документах штатов.

Он также призывает к осторожности при включении или исключении из DSM тех или иных диагностических категорий — призыв нелишний, учитывая активные попытки ввести в готовящуюся DSM-5 такие спорные диагностические конструкции, как педогебефия, парафилическое коерцитивное расстройство, гиперсексуальность или, как того требует Национальная коалиция за сексуальную свободу, исключить парафилии.

В разделе “Биографии” помещена статья **Stephen B. Billick** (частнопрактикующий психиатр и клинический профессор психиатрии в Нью-Йоркском университете, а также 36-ой президент AAPL) о 37-ом президенте (2010 – 11 гг.) Американской академии психиатрии и права “**Peter Ash, MD: Эволюция детского судебного психиатра**” (Peter Ash, MD: Evolution of a Forensic Child Psychiatrist)

Dr. Ash — директор программы по судебной психиатрии и руководитель отдела детской и подростковой психиатрии в университете Эмори, штат Джорджия. Несколько цитат из этой отлично написанной статьи.

“После окончания резидентуры по детской психиатрии он [Ash] работал медицинским консультантом для судей по административным делам детройтского офиса Бюро по слушаниям и апелляциям, рассматривавшим апелляции, связанные с отказами в предоставлении пособия по нетрудоспособности. Перед первым его выступлением [в административном суде] кузен сказал ему: “Беспокоиться не о чем. Дела слушаются в неформальной обстановке. Административный судья спросит тебя о том, что имеется в меддокументации [медицинские консультанты не обследуют самих истцов], что это означает и соответствуют ли нарушения критериям *Перечня расстройств*. Затем адвокат истца может задать тебе несколько вопросов. Ты будешь давать показания максимум 15 минут. Все слушание займет час”. Из меддокументации следовало, что у истца отмечалась боль в спине без объективных причин, и заявление истца о нетрудоспособности основывалось на его утверждении о наличии [вызванной этой болью] депрессии, которая сама по себе лишь в небольшой степени могла, если могла вообще,

повлиять на трудоспособность. Перекрестный допрос продолжался более 3-х часов, при этом большинство вопросов адвокат выкрикивал. “Доктор (размахивая в воздухе большущей книгой), вы читали эту книгу?”. “Нет”. “Что? Как вы можете заниматься психиатрией, не прочитав эту книгу”. И далее в том же духе.

“Погружение” — хороший метод лечения тревоги. По количеству децибелов ни один из перекрестных допросов, которым в последующем подвергался Ash, нельзя было и близко сравнить с тем первым. Он, между тем обнаружил, что ему нравится эта непростая задача — сохранять достоинство в ситуации, когда на тебя оказывается выраженное психологическое давление”.

“У меня была приятная возможность посетить Ash в 1996 г. в качестве представителя Аккредитационного совета по высшему медицинскому образованию для аккредитации его программы по судебной психиатрии в университете Эмори. На меня, конечно, произвели впечатление великолепная программа Ash, его тщательное внимание к деталям, но особенно необыкновенная теплота, с которой относились резиденты к своему руководителю. Ash определенно наслаждался, вводя своих учеников в удивительную область судебной психиатрии... Ему нравится преподавательская работа и он — по-настоящему одаренный преподаватель. Во время моего посещения он сказал мне, что его начальник поручил ему сводить меня в дорогой ресторан в Атланте. Так как Нью-Йорк [автор живет в Нью-Йорке] изобилует отличными ресторанами, я попросил пойти в уютный южный барбекю-ресторанчик, где мы заплатили \$15 на двоих. Я пошутил, что сберег отделу психиатрии серьезную сумму. Ash засмеялся и со свойственной ему педантичностью ответил, что его руководитель поручил ему сводить меня в дорогой ресторан, но не поручил отделу психиатрии возместить расходы”.

“Ash способствовал распространению компьютерных знаний в Американской академии психиатрии и права. Он основал комитет по компьютерам, создал первый веб-сайт для ААПП и более 10 лет был его редактором. Как психиатр приобрел столько знаний о компьютерах?... В 1950-х гг., будучи семиклассником, он познакомился с инженером-электриком, у которого было множество разнообразных устройств и инструментов. В подвале у инженера была механическая мастерская... Ему также удалось убедить ряд электронных компаний подарить ему неиспользуемые детали, и он пригласил Ash и нескольких друзей пользоваться подвалом для того, чтобы самим собрать компьютер. Однажды, когда Ash паял плату в подвале, хозяин дома спустился вниз с русскими учеными, совершавшими поездку по Соединенным Штатам. В то время холодная война была в разгаре, Хрущева не пустили в Диснейленд, и лишь немногие русские бывали в Соединенных Штатах. Увидев в окружении ящиков с транзисторами и диодами несколько детей школьного возраста, собирающих компью-

тер, русские раскрыли глаза от изумления, хозяин же дома при этом небрежно заметил: “О, это вполне типичный американский подвал”.

Раздел “Специальные статьи” включает в себя большую работу известного судебного психиатра Alan R. Felthous, MD, в которой автор высказывает точку зрения о необходимости включения в формулировки стандарта способности предстать перед судом во всех штатах “рационального” или “разумного” понимания существа судебных процедур, обращая внимание, что “фактического” понимания здесь недостаточно.

В рубрике “Регулярные статьи” привлекает внимание публикация молодых психиатров **Melissa Nau, MD, Н. Eric Bender, MD, и Judith Street, MD** из Калифорнийского университета (Сан Франциско и Дэвис). “**Психотическое отрицание беременности: Правовые и терапевтические соображения для клиницистов**” (Psychotic Denial of Pregnancy: Legal and Treatment Considerations for Clinicians) — таково название их статьи.

В сущности, статья значительно шире: авторы достаточно подробно рассматривают в ней такие вопросы, как возможность вмешательства штата “от имени плода” в течение беременности, криминализация злоупотребления наркотическими веществами беременной женщиной, уголовная ответственность матери за смерть новорожденного в результате незаконного употребления ею наркотиков, недобровольное помещение в режимное учреждение не психически больной беременной, употребляющей запрещенные субстанции, отношение судов к случаям, когда психически здоровая женщина, ожидающая ребенка, отказывается от необходимого ей лечения, и ряд других.

Авторы, ссылаясь на Wessel and Buscher, определяют “отрицание беременности” как “отсутствие у женщины понимания того, что она беременна” и проводят различие между отрицанием беременности и ее сокрытием, а также попытками “забыть о своей беременности”. Под психотическим отрицанием беременности они понимают “отрицание беременности по причине нарушений, вызванных психозом”, отмечая при этом, что распространенность феномена трудно оценить.

Авторы описывают наблюдавшийся ими случай психотического отрицания беременности, где у бездомной пациентки X акушером-гинекологом была диагностирована внутриматочная беременность, третий триместр. X заявляла о недостоверности лабораторных и инструментальных данных, называя беременность “мнимой”, высказывала бредовые идеи нелепого содержания. Осмотревший ее психиатр санкционировал неотложную недобровольную психиатрическую госпитализацию на 72 часа на основании выраженной неспособности пациентки заботиться о себе в результате психического заболевания. В стационаре X объясняла наличие у нее увеличенного живота “сверхъестественным феноменом”, который “проецировался” на нее, а также затянувшейся реак-

цией на питание гранолой, также сообщала, что много лет назад была беременна в результате “обмена телами” и “физиологическими жидкостями” с другой женщиной, и служба защиты детей отняла у нее ее ребенка. X отказалась позволить медперсоналу получить коллатеральную информацию о ней от знающих ее людей, отказалась от лабораторных исследований, наблюдения акушером, приема лекарств, включая витамины. После беседы с диетологом, в ходе которой она сообщила, что в течение нескольких предшествовавших госпитализации недель она принимала пищу лишь 1 раз в день, недобровольное пребывание ее в стационаре было продлено судом.

В Калифорнии, как указывают авторы, закон разрешает психиатрическую госпитализацию против воли пациента в трех случаях: пациент должен страдать психическим заболеванием и обнаруживать либо выраженную неспособность заботиться о себе, либо представлять опасность для себя, либо быть опасным для других. Пациентка была госпитализирована на 72 часа на основании выраженной неспособности заботиться о себе, на том же основании госпитализация была продлена. Вывод о неспособности X заботиться о себе подкреплялся данными обследования диетологом.

“Можно ли считать X представляющей опасность для себя?”, — спрашивают авторы, замечая при этом, что в Калифорнии “опасность для себя” должна быть неизбежной, неминуемой, такой, когда опасные действия вот-вот произойдут. Ссылаясь на статистические данные, авторы отмечают, что психотическое отрицание беременности наиболее часто имеет место в третьем триместре. Оно несет в себе риск стремительных родов, представляющих существенную опасность для матери, и в XX веке рассматривалось как неотложное психиатрическое состояние, оправдывающее недобровольную психиатрическую госпитализацию, и суды поддерживали такую госпитализацию.

“Как насчет опасности для других?” — задают авторы следующий вопрос. Но, говоря словами известной песни Боба Дилана: “The answer, my friend, is blowin’ with the wind”, поскольку авторы сразу переключаются на тему дебатов о правах плода, приводя, впрочем, ряд интересных примеров, касающихся попыток одних судов защитить здоровье плода с помощью уголовного преследования беременных, злоупотребляющих наркотическими веществами, других — защитить право дееспособной беременной употреблять наркотики во вред себе. Несколько примеров. Так, суд штата Южная Каролина в решении по делу *Whitner v. State* (1997) признал виновной в жестоком обращении с ребенком женщину, злоупотреблявшую наркотиками во время беременности, указав, что жизнеспособный плод является “ребенком” в том значении этого слова, которое используется в законе штата о жестоком обращении с ребенком. В этом же штате в *State v. McKnight* (2003) Верховный суд Южной Каролины утвердил обвинительный приговор (20 лет лише-

ния свободы за убийство ребенка вследствие жестокого обращения с ним) матери мертворожденного ребенка, смерть которого наступила в результате злоупотребления матерью наркотиками во время ее беременности.

Между тем некоторые штаты, как пишут авторы, “поддержали право дееспособной женщины злоупотреблять наркотиками в состоянии беременности”. Так, в деле *State v. Gray* (1992), Верховный суд штата Огайо решил, что закон штата Огайо о безопасности ребенка не позволяет штату преследовать в уголовном порядке беременную “за создание угрозы безопасности ребенку” на основании того, что плод подвергается воздействию наркотиков. В штате Гавайи Верховный суд штата в деле *State v. Aiwohi* (2005) решив, что плод не является “физическим лицом” (person), отменил приговор нижестоящего суда, в соответствии с которым мать была признана виновной в убийстве своего ребенка, смерть которого наступила на второй день после его рождения и причиной которой явилось злоупотребление матерью препаратами группы метамфетаминов в период беременности.

Авторы отмечают также, что на протяжении последних лет время от времени поднимается вопрос о возможности назначения опекуна для плода. Они, в частности, ссылаются на случай, где женщина с выраженной психической патологией подверглась сексуальному насилию со стороны владельца дома, где она жила. Жена прокурора штата Флорида добивалась возможности быть назначенной “опекуном плода” (guardian of the fetus) этой женщины для того, чтобы помешать беременной (страдавшей аутистическим расстройством, интеллектуальной недостаточностью, церебральным параличом с судорожными припадками), принимать назначенные ей лекарства, которые могли причинить вред плоду, а также, чтобы воспрепятствовать беременной в производстве аборта. Дело рассматривалось Апелляционным судом штата (In re J.D.S., 2004). Суд решил, что закон штата об опеке позволяет назначить опекуна только “физическому лицу”, и что плод таковым не является.

Возвращаясь к описываемому ими случаю, авторы отмечают, что в период недобровольного пребывания X в психиатрическом стационаре суд также разрешил подвергнуть ее лечению психотропными препаратами вопреки ее отказу. Ей был назначен галоперидол в таблетках до 15 мг в сутки. X продолжала отрицать наличие у нее беременности, однако, в ответ на вопрос, что бы она стала делать, если бы была беременна, ответила, что стала бы рожать. Вскоре у нее произошли нормальные спонтанные роды. X признала новорожденного своим ребенком и выразила желание воспитывать его. В то же время у нее, по-прежнему, оставалось бредовое толкование ее беременности. После выписки ребенок был передан в службу по защите детей. Некоторое время X безуспешно боролась за право воспитывать ребенка, однако в последующем прекратила попытки и переехала в другой город.

Следующие несколько статей этого раздела посвящены проблеме краж в среде учащихся американских средних школ, изучению частоты лишения свободы и рецидивной преступности у лиц (преимущественно афро-американцев), у которых в последующем имела место психотическая манифестация серьезного психического расстройства, различиям (в том числе демографическим, семейным, в характере злоупотребления наркотиками, уровне насилия в семье) между белыми женщинами и афро-американками, употребляющими запрещенные субстанции, а также разнице в продолжительности лишения свободы за одинаковые преступления женщин с белым и черным цветом кожи, злоупотребляющих наркотическими веществами.

В разделе “Анализ и комментарии” находим публикации, посвященные историческому обзору знаменитого дела *Jackson v. Indiana* (решая которое в 1972 г., Верховный Суд США указал, что восстановление способности предстать перед судом не может продолжаться бесконечно долго), распределению частоты эпизодов изоляции и физического ограничения среди различных групп пациентов в психиатрической больнице штата Юта, этическим и правовым проблемам, вытекающим из появившейся у пациентов возможности покупать психотропные средства через Интернет, а также статью израильских психиатров *Moshe Birger, MD, Tal Bergman- Levy, MD*, и юриста *Oren Asman, LL.M* под названием “**Лечение сексуальных преступников в условиях израильской тюрьмы**” (*Treatment of Sex Offenders in Israeli Prison Settings*), на которой остановлюсь подробнее.

Как отмечают авторы, количество сексуальных преступников, находящихся в израильских тюрьмах, постоянно растет (с 1997 по 2009 гг. увеличилось почти в 4 раза, с 350 до 1300). Авторы связывают это обстоятельство с повышением информированности населения и правоохранительных органов в отношении сексуальных преступлений, ростом потребления субстанций, снижающих контроль над поведением человека, облегчением доступа к порнографической продукции. Приводя данные о том, что около 60 % осужденных за сексуальные преступления совершили их против детей, и примерно у половины из них диагностирована педофилия, авторы призывают оценивать эту информацию скептически, учитывая склонность сексуальных преступников отрицать или минимизировать свои преступления и отсутствие “золотого стандарта” — надежного объективного метода оценки наличия или отсутствия сексуальной патологии (фаллометрические тесты, например, дают и ложноположительные и ложно- отрицательные результаты).

Авторы обращают внимание, что законы Израиля не разрешают принудительное лечение сексуальных преступников, для лечения должно быть получено информированное согласие пациента. Фармакологические и нефармакологические (преимущественно когнитивная поведенческая терапия) методы лечения

назначаются, главным образом, при парафилиях (когда поведение вытекает из девиантных сексуальных фантазий и побуждений) и неконтролируемом сексуальном влечении (гиперсексуальность). У большинства сексуальных преступников обнаруживается коморбидная патология, чаще — дистимия или депрессия, реже — большие психические расстройства. Сексуальных преступников с антисоциальным и пограничным расстройствами личности авторы не включают в лечебные программы из-за “проблем, связанных с соблюдением режима лечения, склонности к тябам и манипуляциям”.

Специфическая цель лечения — подавление девиантных сексуальных фантазий и побуждений и поддержание нормального полового влечения. Как правило, антиандрогенные препараты назначаются в случаях парафилий и гиперсексуальности. При парафилиях, не ведущих к преступлениям, в процессе которых осуществляется телесный контакт с жертвой, авторы используют препараты из группы избирательных ингибиторов обратного захвата серотонина.

Поскольку антиандрогенное лечение (к применению в Израиле разрешен лишь один из антиандрогенных препаратов — *cyproterone acetate*) может сопровождаться выраженными побочными эффектами (остеопороз, почечные нарушения и др.), длительная антиандрогенная терапия заключенных, лишенных активного девиантного сексуального интереса, с точки зрения авторов, является неоправданной и может проводиться лишь незадолго перед освобождением. Сказанное, однако, не относится к группе заключенных с выраженными навязчивыми девиантными сексуальными импульсами. Осужденным с явной клиникой навязчивых сексуальных фантазий авторы рекомендуют назначать пробное лечение специфическими ингибиторами обратного захвата серотонина и находят такой подход эффективным, в особенности, при неконтактных парафилиях (экзгибиционизм, вуайеризм, фетишизм).

Одна из проблем, связанных с назначением фармакологического лечения, — отсутствие в Израиле общественных лечебных учреждений для поддерживающего лечения освобождающихся из тюрем лиц с сексуальными девиациями.

Авторы рассматривают также ряд этических вопросов, связанных с назначением лечения сексуальным преступникам. Они обращают внимание, что медикаментозное лечение, модифицирующее сексуальное влечение, лишает человека одной из фундаментальных физиологических функций, которая психологически связана с чувством витальности, персональной идентичности и удовольствия. Ссылаясь на собственный опыт работы с сексуальными правонарушителями, они отмечают, что, хотя многие заключенные желают участвовать в психотерапевтических мероприятиях, лишь незначительное меньшинство соглашается подвергнуться фармакологическому лечению с целью

подавления сексуального влечения. Авторы также указывают, что подобное лечение может сопровождаться недостаточно изученными побочными эффектами, такими, как нарушения фертильности; кроме того, до настоящего времени отсутствует надежная информация об его эффективности в плане снижения рецидивизма. “Необходимость получения большей информации в отношении эффективности приводит нас к выводу, что в данное время антиандрогенное лечение является оправданным при лечении парафилических преступников-рецидивистов с высокой степенью опасности”.

Назначение фармакологического лечения порождает также этические вопросы, связанные с получением информированного согласия. Согласно доктрине информированного согласия, пациент должен быть способен принимать решения, должен быть в полной мере информирован о потенциальных возможностях своего решения, при этом решение должно приниматься им без какого-либо принуждения извне. Может ли рассматриваться в качестве информированного согласие сексуального преступника, лишённого свободы? Следует ли специалистам в области психического здоровья предлагать фармакологическое лечение пациенту, находящемуся в таких условиях, и если да, то следует ли им руководствоваться лишь интересами пациента, либо они обязаны принимать во внимание и интересы общества? Ответ авторов: “Психиатр, лечащий заключенного, всегда должен соблюдать тонкое равновесие между потребностями и желаниями своего пациента и потенциальной угрозой обществу, проистекающей от рецидивизма”.

В завершении обзора данного номера Журнала — статья **Allen Frances, MD** — почетного профессора психиатрии в университете Дюк, руководителя рабочей группы, создававшей DSM-IV и **Michael B. First** — профессора психиатрии в Колумбийском университете и сопредседателя рабочей группы, готовившей DSM-IV-TR. Статья называется “**Гебефилия — не психическое расстройство в DSM-IV-TR и не должна стать таковым в DSM-5**” (Hebephilia Is Not a Mental Disorder in DSM-IV-TR and Should Not Become One in DSM-5).

Предварительно хочу заметить, что первый из авторов — неумолимый и последовательный критик процесса создания DSM-5.

Как указывают авторы, к настоящему времени 20 штатов и федеральное правительство приняли законы, позволяющие недобровольную психиатрическую госпитализацию сексуальных хищников (sexually violent predators) сразу после отбытия ими срока тюремного заключения. Законы были приняты как мера безопасности в ответ на вопиющие сексуальные преступления, совершенные вскоре после освобождения из тюрьмы лицами, имевшими относительно короткие сроки тюремного заключения. Основным для всех этих законов является требование о наличии у

сексуального хищника психического расстройства или психических нарушений. Хотя Верховный Суд США не требует, чтобы такое психическое расстройство или нарушение было психическим расстройством или нарушением, содержащимся в DSM, на практике эксперты неизменно используют ту или иную диагностическую категорию из DSM. Две наиболее распространенные из них — педофилия и парафилия БДУ. Однако в последнее время, как указывают авторы, начал входить в употребление диагноз “парафилия БДУ, гебефилия”.

Как отмечают авторы, термину гебефилия не менее 100 лет, однако, лишь недавно он получил внезапную известность и только потому, что гебефилия стала использоваться в качестве диагностируемого психического расстройства у тех сексуальных хищников, жертвами которых становились не неполовозрелые дети, но половозрелые несовершеннолетние.

“Многочисленные концептуальные проблемы с диагнозом гебефилия, а также чрезвычайная ограниченность научных данных уже отмечалась видными специалистами в области сексуальных расстройств. Однако это обстоятельство не помешало злоупотреблению гебефилией (под маской парафилии БДУ, гебефилии) в качестве диагноза в судебных делах для оправдания того, что часто становится пожизненной недобровольной психиатрической госпитализацией”, — пишут авторы.

Отвечая на вопрос, как случилось, что гебефилия стала рассматриваться рядом экспертов в качестве парафилии, авторы указывают на следующее обстоятельство. Термин парафилия впервые появился в DSM-III, при этом указывалось, что сущностной характеристикой расстройств этой группы являются необычные или странные мысленные образы или действия, необходимые для сексуального возбуждения. Приводились некоторые примеры таких необычных или странных мысленных образов или действий, которые, как правило, включают либо (1) преимущественное использование для целей сексуального возбуждения объектов, а не людей (2) повторяющиеся сексуальные действия с людьми, включающие в себя реальные или симулируемые страдания или унижения, или (3) повторяющиеся сексуальные действия с партнерами без их согласия.

Однако уже в DSM-III-R словосочетание “необычные или странные” было опущено из-за его субъективности и недостаточной ясности, и остался только перечень примеров, в который (в п. 3) было добавлено слово “дети”. Последующие издания DSM (DSM-IV, DSM-IV-TR), замечают авторы, также, к сожалению, не давали общего определения тому, что делает определенное сексуальное возбуждение парафилическим. Тем не менее, как указывают авторы, основной руководящий принцип при включении в категорию парафилии — наличия у данного лица девиантного, необычного или странного фокуса сексуального возбуждения:

“...Но какими бы неточными не были формулировки в DSM, ясно одно. Парафилия предназначалась лишь для сексуальных побуждений, фантазий и поступков, которые являются необычными или странными... влечение к достигшим половой зрелости лицам слишком широко распространено, чтобы считаться необычным или странным, и не рассматривалось в качестве свидетельства парафилии ни в одной из DSM, начиная с DSM I и кончая DSM-IV-TR. Имея в виду объективную противозаконность хищнических сексуальных отношений с несовершеннолетними, интенсивное сексуальное возбуждение, вызываемое подростками, может predisполагать лицо с такими склонностями к совершению преступления, но такое влечение само по себе не является индикатором психического расстройства”.

В тексте статьи авторы неоднократно повторяют, что суть парафилии — *девиантный* сексуальный интерес, влечение же к половозрелым подросткам является распространенным явлением и не выходит за границы нормы. Высказываемый ими тезис авторы подкрепляют ссылкой на ряд исследований. В частности, они упоминают работу Freund и Constel (1970), в которой показано, что при плетизмографии пениса 48 гетеросексуальных мужчин, служащих в вооруженных силах, реакция на обнаженные изображения подростков женского пола (12 – 16 лет) и взрослых женщин (17 – 36 лет) была в равной степени высокой, на девочек детского возраста (4 – 10 лет) — средне выраженной, а на детей, подростков и взрослых мужского пола — негативной. Еще один пример, по мнению авторов, подтверждающий их точку зрения, они берут из области, довольно неожиданной для психиатра, — рекламной индустрии. “Рекламному бизнесу, — пишут авторы, — не нужны научные исследования, чтобы знать, что влечение к подросткам является общераспространенным. Использование провоцирующе-одетых девочек подросткового возраста для рекламирования продукции не является чем-то необычным. Например, знаменитая (возможно, печально знаменитая) Calvin Klein’овская реклама с выглядящей очень юной Brooke Shields отражает общепринятые взгляды, что среди покупателей имеется достаточное количество взрослых мужчин, испытывающих влечение к сексуально-привлекательным подросткам, чтобы оправдать подобное изображение в качестве центра притяжения рекламной кампании. Ошибка утверждать, что наличие сексуальных побуждений в отношении половозрелых лиц подросткового возраста является достаточным для диагноза психического расстройства”.

Как указывают авторы, среди нескольких радикальных предложений рабочей группы по сексуальным расстройствам DSM-5 — попытка “ввести через заднюю дверь” диагноз гебефилии путем расширения установленной категории педофилии до педогебефилии. Такая попытка, полагают авторы, чревата нарушением прав человека и злоупотреблением психиатрией в судебном процессе. “Гебефилия — не

является законным психическим расстройством, не включена в DSM-IV-TR и не должна быть включена в качестве психического расстройства в DSM-5, как по концептуальным, так и по практическим причинам” — такова позиция авторов данной статьи.

Во втором номере Журнала продолжается активное обсуждение предлагаемых рабочей группой по сексуальным расстройствам и половой идентичности изменений в раздел “парафилии” в DSM-5.

Одна из статей по данной теме называется “**Судебные и диагностические проблемы, возникающие в результате предложенных для DSM-5 критериев сексуального парафилического расстройства**” (Forensic and Diagnostic Concerns Arising From the Proposed DSM-5 Criteria for Sexual Paraphilic Disorder). Автор — **J. Paul Fedoroff, MD** — директор клиники сексуального поведения и судебных исследований в университете Оттавы и председатель комитета по сексуальному поведению Американской академии психиатрии и права.

Как отмечает автор, до DSM-5 парафилические сексуальные расстройства универсально определялись на основании наличия у субъекта специфических сексуальных фантазий (критерий А). В одних случаях такие фантазии могут включать в себя воображаемые действия, не нарушающие закон (например, переодевание в женское белье для облегчения сексуального возбуждения), в других — противозаконные (например, пытки партнера без его согласия). Действующая DSM-IV-TR использует для указанных типов парафилий также два различных критерия Б. Для парафилий с фантазиями, не нарушающими закон, критерий Б сформулирован следующим образом: “фантазии, сексуальные побуждения или поведение вызывают клинически выраженный дистресс или нарушения в социальной, профессиональной или других важных областях функционирования”. Для парафилий с фантазиями противоправного содержания: “лицо реализует эти сексуальные побуждения в действии, или эти побуждения или фантазии вызывают явный дистресс или трудности в межличностных отношениях”.

Как замечает автор, не все люди с парафилиями совершают сексуальные преступления и не все сексуальные преступления совершаются людьми с парафилиями, и в суде диагнозы парафилических расстройств подвергаются более тщательной проверке и оспариваются более часто, чем другие психиатрические диагнозы. Автор также обращает внимание на то обстоятельство, что до сего времени нет решения Американской психиатрической ассоциации о проведении “полевых испытаний”, т.е. тестирования в практических условиях парафилических диагнозов, что, по мнению автора, почти неизбежно гарантирует, что диагнозы будут оспариваться в судах, как не соответствующие Daubert-тесту. От себя замечу, что Daubert-тест был сформулирован Верховным Судом США в деле Daubert v. Merrell Dow Pharmaceuticals,

Inc (1993) и требует от эксперта “научной обоснованности” его заключения, в противном случае оно не может быть допущено судом в качестве доказательства по делу. Критериями требуемой научной обоснованности являются: рецензирование и публикация данных, на которые ссылается эксперт, известный уровень ошибок используемых экспертом методик, стандартизация исследуемых методов, кроме того, теории или техники, которыми пользуются или на которые ссылаются эксперты, должны поддаваться проверке и возможности их опровержения в результате наблюдений или экспериментов (*falsifiability*), также должно быть известно, до какой степени данная теория или техника признана соответствующим научным сообществом.

По мнению автора, диагностика сексуальных расстройств на основании имеющихся предложений в DSM-5 столкнется и с другими трудностями из-за введения термина “выявление”. Разница в диагностике с существующей DSM-IV-TR описывается рабочей группой по сексуальным расстройствам и расстройствам половой идентичности следующим образом: “[психиатр] стал бы *выявлять* (*ascertain*) ту или иную парафилию (в соответствии с характером побуждений, фантазий или поведения), но *диагностировать* то или иное парафилическое расстройство (на основании наличия дистресса или ухудшения функционирования). В этом смысле, наличие парафилии было бы необходимым, но не достаточным условием для диагноза парафилического расстройства”. Автор статьи комментирует данное предложение рабочей группы следующим образом: “В английском языке *ascertain* означает “точно выяснить”. Однако в DSM-5 это будет означать обратное, имея в виду ситуации, когда у человека в результате обследования не выявлены критерии категории Б, необходимые для диагностирования расстройства. Например, у пожилой женщины, которая в своих фантазиях предстает обнаженной перед молодым санитаром в доме престарелых, где она находится, был бы, вероятно, выявлен эксгибиционизм (предполагая, что фантазии являются устойчивыми в течение 6 месяцев). Изобретение “выявления” может быть попыткой рабочей группы по DSM-5 признать, что можно иметь нетрадиционные сексуальные интересы, которые не вызывают проблем. Если так, зачем вносить их в DSM-5? Беда в том, что изобретенный термин “выявление” открывает двери для возможности навешивания ярлыков на каждого, чьи сексуальные интересы, включая гомосексуальность, отличаются от имеющихся у лица, производящего обследование”. Автор далее аргументирует, почему предлагаемые рабочей группой три новых диагноза (гиперсексуальное расстройство, парафилическое коерцитивное расстройство и педогебефилия), с его точки зрения, не следует вводить в DSM-5. Он также критически рассматривает предлагаемые изменения критериев диагностики трансвестистского расстрой-

ства, эксгибиционизма, фетишизма, вуайеризма, мазохизма, садизма, фроттеризма и парафилии БДУ. В частности, отмечает, что новые критерии для трансвестистского расстройства “наконец-то” устраняют требование, чтобы лицо было мужского пола и гетеросексуалом. “Это изменение является полезным, — пишет автор, — хотя основания для этого (например, что бисексуальные мужчины могут переодеваться в одежду противоположного пола) изложены неполно. Нет доказательств, что мужчины или женщины с гомосексуальными интересами не могут испытывать сексуальное возбуждение, переодеваясь в одежду противоположного пола”. В отношении предлагаемых критериев диагностики эксгибиционизма, основывающихся на обнажении гениталий перед “ничего не подозревающим” человеком, автор замечает, не следует ли заменить фразу “ничего не подозревающий” на “не давший согласия”, т.к. “это устранило бы возможность диагностики эксгибиционизма у женщины, которая удивила трех согласных и, наверно, благодарных сексуальных партнеров, раздеваясь без получения информированного согласия”. В отношении критериев диагностики садизма, автор замечает, что предложение рабочей группы удалить фразу “реальные, не симулируемые” в качестве модификатора “действий”, ведет к фундаментальному изменению понимания сущности садизма, т.к. это будет означать, что люди, испытывающие возбуждение от “безопасного, здорового, обоюдосогласного” и заранее оговоренного сексуального сценария, станут рассматриваться как обнаруживающие критерий А сексуального садизма наравне с теми, кто возбуждается лишь от причинения вреда другому человеку без его согласия. “Насколько это отличается от предложения изменить определение алкогольной зависимости и включать туда тех, кто употребляет чрезмерное количество безалкогольного пива?” — с иронией спрашивает автор. По его мнению, предлагаемые изменения приведут к гипердиагностике садизма. При этом, как указывает автор, никто не будет знать, что за проблемы испытывает человек с садизмом, т.к. в данном случае его бы могли возбуждать мысли и действия в отношении партнера, как давшего согласие, так и нет. Рассматривая рубрику парафилия БДУ, автор отмечает, что нет объяснения тому, почему в этой рубрике перечислены именно те шесть примеров, которые там имеются. “Недавний опубликованный перечень включал более 100 парафилий. Почему не перечислить наиболее часто встречающиеся или наиболее опасные парафилические расстройства?”, — задает вопрос автор.

Заканчивая статью, он высказывает мнение, что предлагаемые рабочей группой диагностические критерии вызывают больше вопросов, чем дают ответов и являются не только бесполезными, но и опасными, т.к. ревизия критериев действующей DSM-IV-TR приведет к снижению специфичности выявленных и диагностированных состояний вследствие “драмати-

ческого разрыхления” диагностических категорий и, следовательно, к снижению точности диагностики.

Автор предлагает собственные диагностические критерии для парафилических расстройств:

Постоянный или периодически возникающий сексуальный интерес, который включает в себя отсутствие согласия или препятствие сексуальному функционированию.

Указать:

1. Тип парафилической активности
2. Цель (объект или субъект) парафилической активности
3. Возрастные границы субъекта(ов)
4. Степень зависимости нормальной сексуальной функции от парафилии

Указать дополнительно:

- а) воплощение сексуального интереса в действие
- б) перемежающаяся, постоянная, в ремиссии (нет признаков болезни)

Вторая статья написана **Fred S. Berlin, MD, PhD** — адъюнкт-профессором отдела психиатрии и поведенческих наук в медицинской школе университета Джонса Хопкинса в Балтиморе. Называется она “**Комментарий относительно диагностических критериев педофилии в DSM-5**” (Commentary on Pedophilia Diagnostic Criteria in DSM-5).

Как отмечает автор, рассуждая о психиатрической категоризации, важно не упускать из виду, для чего вообще устанавливается диагноз. Всякий медицинский или психиатрический диагноз является, в сущности, стенографической записью значимой информации. Например, диагноз сахарного диабета или шизофрении передает большое количество полезной информации должным образом подготовленному врачу. Обычно, психиатрический или медицинский диагноз устанавливается не просто из-за наличия некоторых видимых различий (например, глаза голубые, а не зеленые). В большинстве случаев диагноз устанавливается только тогда, когда состояние, о котором идет речь, либо может привести к серьезному нарушению функций, как например, при застойной сердечной недостаточности или шизофрении, либо причиняет страдания, или вызывает дистресс, как это имеет место при тяжелой депрессии.

Установление диагноза часто требует клинической оценки (например, различия между патологическим и физиологическим горем). При этом, как отмечает автор, нередко остается незамеченным, что многие диагнозы несут в себе скрытые ценностные суждения, субъективные оценки людей, их формулировавших.

По мнению автора, одна из причин, что гетеросексуальная, бисексуальная или гомосексуальная ориентация взрослого не является сама по себе основанием для установления психиатрического диагноза — скрытое допущение, что ни одна из них не является “плохой”. В современном обществе педофильная сексуальная ориентация (в исключительной ли форме

или нет) считается плохой, безнравственной. В то же время в обществе, которое придерживается противоположной точки зрения, педофилия могла бы не истолковываться как психическое расстройство. Предполагать, что включение педофилии в DSM не зависит, по крайней мере, частично, от такой субъективной оценки, было бы неискренним.

Однако, как замечает автор, сказать, что половое влечение к детям — это плохо, не то же самое, что сказать, что люди с наличием такого влечения — плохие люди. Люди, которые не по своей вине испытывают сексуальное влечение к детям, могут мучительно страдать от неспособности в полной мере контролировать себя с помощью одной лишь силы воли и нуждаться в психиатрической помощи, чтобы противостоять искушению реализовать свои фантазии. Факт, что такие люди могут нуждаться в психиатрической помощи, создает важную основу для того, чтобы рассматривать педофилию в качестве психического расстройства.

С точки зрения автора, существующая DSM порождает путаницу в отношении того, в какой степени педофилия является качественной, а в какой — количественной вариацией сексуального склада человека. Для гетеросексуальных мужчин общим является факт, что они испытывают постоянно или, по крайней мере, периодически эротические желания или побуждения в отношении женщин. Этот качественный аспект их сексуального склада независим от степени выраженности их желания, которая может меняться от высокой до низкой. И гетеросексуальный склад остается таковым даже тогда, когда интенсивность желания является низкой. Для мужчин с педофильным сексуальным складом общим является наличие постоянных или периодически возникающих эротических побуждений в отношении неполовозрелых детей. В то же время критерий А педофилии в действующей DSM требует не просто наличия таких побуждений, но “интенсивных” побуждений (количественная характеристика). По мнению автора, мужчина, испытывающий устойчивые эротические побуждения в отношении неполовозрелых детей, должен рассматриваться, как имеющий педофильный сексуальный склад, вне зависимости от интенсивности его побуждений.

Для соответствия критерию Б действующей DSM, необходимо, чтобы индивидуум либо воплощал свои эротические побуждения в действия, либо чтобы эротические побуждения или фантазии являлись причиной затруднений в его отношениях с людьми или вызывали заметный дистресс. По мнению автора, это правильно, хотя бы потому, что различия в сексуальном складе, которые не находят выражения в поведении человека либо не вызывают дистресса или межличностных нарушений, не могут быть объектом клинического внимания. Таким образом, человек может выходить за границы нормы, испытывая периодически повторяющееся сексуальное влечение к детям, не достигшим половой зрелости. Однако, как

считает автор, если такой человек в полной мере контролирует себя, не реализует свои эротические фантазии в поведении и не обнаруживает признаков дистресса, его отличающийся от нормального сексуальный склад не следует квалифицировать как расстройство.

Еще одна публикация из того же раздела — **“Включение детской порнографии в диагностические критерии для педофилии в DSM-5: Концептуальные и практические проблемы”**. (The Inclusion of Child Pornography in the DSM-5 Diagnostic Criteria for Pedophilia: Conceptual and Practical Problems) Автор — **Michael B. First, MD** — профессор клинической психиатрии в Колумбийском университете (Нью-Йорк).

Первое, на что обращаешь внимание, читая эту статью, то, что тема ее значительно шире обозначенной в названии: авторское внимание в равной степени распределяется между вопросами (а) связи детской порнографии с педофилией и (б) разграничения педофилии и педофилического расстройства.

По мнению автора, наиболее значительным изменением в разделе парафилий в DSM-IV было введение критерия клинической значимости или клинической выраженности (“...вызывает клинически выраженный дистресс или нарушения в социальной, профессиональной или других важных областях функционирования”) в диагностические критерии для каждой из парафилий. Опасения, что непатологические проявления незначительной степени выраженности могли бы быть неправомерно диагностированы как расстройства, явились основанием для добавления этого критерия для большинства расстройств в DSM-IV, чтобы “установить диагностический порог для расстройства в тех случаях, когда обнаруживающиеся признаки сами по себе (особенно при незначительном проявлении) не являются, по сути, патологическими и могут встречаться у лиц, для которых диагноз психического расстройства был бы неподходящим”). Критерий клинической значимости для каждой из парафилий в DSM-IV был введен в признание факта, что наличие парафилического характера возбуждения само по себе не может быть достаточным для обоснования диагноза клинической парафилии. Например, лица с фетишистским характером сексуального возбуждения, которые инкорпорировали свой фетиш в сексуальный репертуар с согласным на то партнером, не подходят для диагноза сексуального расстройства. Лишь когда фетишистский фокус вызывает клинически выраженные проблемы (например, отвержение обязательного фетиша женой, приводящее к значительному напряжению в семейных отношениях), состояние следует рассматривать в качестве заслуживающего психиатрического диагноза.

Следовательно, набор критериев для парафилий в DSM-IV имеет два отличных друг от друга компонента: критерий А, который определяет наличие отклоняющегося от нормы сексуального фокуса (“в течение

периода, по крайней мере, 6 месяцев периодически повторяющиеся интенсивные сексуально возбуждающие фантазии, сексуальные побуждения или поведение, включающее...”), и критерий Б (клинически выраженные дистресс или ухудшение функций).

В то же время, как отмечает автор, требование наличия дистресса или нарушения функционирования привело к тому, что, например, мужчина не может быть квалифицирован как трансвестит, как бы часто он не переодевался в женскую одежду и какое бы удовольствие от ее ношения не получал, пока не будут выявлены признаки того, что он воспринимает свое переодевание как несчастье или, что такое переодевание вызывает профессиональные или межличностные проблемы. С учетом данного обстоятельство рабочая группа предлагает провести разграничение между парафилиями и парафилическими расстройствами, тогда “парафилия сама по себе не стала бы автоматически оправдывать или требовать психиатрического вмешательства. Парафилическое расстройство — парафилия, вызывающая дистресс или нарушения у индивидуума или причиняющая вред другим. У человека бы выявлялась парафилия (в соответствии с характером побуждений, фантазий или поступков), но диагностировалось парафилическое расстройство (при наличии признаков дистресса или нарушений функционирования). Автор также ссылается на статью Blanchard (Blanchard R: The DSM diagnostic criteria for pedophilia. Arch Sex Behav 39:304-16, 2010), в которой высказывается мнение, что кроме приведения терминологии в соответствие со сложившейся практикой, предложение рабочей группы разграничить сексуальное возбуждение хотя и ненормативное, но в то же время и не психопатологическое (т.е. парафилия) и сексуальное возбуждение, являющееся психопатологическим (парафилическое расстройство) является полезным с научной точки зрения, т.к. препятствует исчезновению парафилии (из-за отсутствия у нее какого-либо вторичного эффекта в виде проблем для индивидуума или окружающих) из поля зрения клинической науки.

Более того, проясняя, что случаи непроблематичного парафилического сексуального возбуждения не являются расстройством, такое предложение, по крайней мере, частично, адресуется беспокойству, выражаемому группами защиты лиц с парафилическими сексуальными интересами. Например, Национальная коалиция за сексуальную свободу, требует полного удаления парафилий из DSM, заявляя, что наличие парафилий в классификации психических расстройств является неуместной стигматизацией. Усилия по дестигматизации парафилий могли бы быть продвинуты дальше путем перечисления не являющихся расстройствами парафилий в разделе “Другие состояния, которые могут быть фокусом клинического внимания” DSM-5, функционирующем как “хранилище” состояний, которые могут быть фоку-

сом лечения, но не рассматриваются в качестве психических расстройств (например, обычное горе). Таким образом, парафилические расстройства были бы перечислены в первой части DSM-5, вместе с другими психическими расстройствами и, как и они, кодировались бы кодами F, тогда как непатологические парафилии, с которыми мог бы столкнуться клиницист в своей практике, но которые бы не были объектом лечения, были бы перечислены в заключительной секции классификации, куда помещены отклонения от нормы, не являющиеся психическими расстройствами, кодируемые, например, в секции Z действующей МКБ-10.

Приступая к обсуждению проблем, связанных с предложением ввести использование детской порнографии в критерий В для педофилии в DSM-5, автор обращает внимание, что использование порнографии никогда не было частью диагностических критериев какой-либо парафилии. В предыдущих изданиях DSM упоминание порнографии ограничивалось исключительно описательным текстом. Например, в секции парафилий действующей DSM-IV-TR использование порнографии упоминается в двух контекстах. Во-первых, в общем смысле в разделе “Связанные описательные характеристики” текста о парафилиях: “Лица с парафилией могут избирательно смотреть, читать, покупать, или собирать фотографии, фильмы и текстуальные изображения, которые фокусируются на их предпочтительном типе парафилических стимулов”. Во-вторых — эксплицитарно в тексте о педофилии, разъясняящем, что темы, включающие ребенка в качестве сексуально-провоцирующего субъекта, или ребенка, получающего сексуальное удовольствие от педофилической активности, являются распространенными в педофилической порнографии”. Рабочая группа предлагает включить “повторяющееся использование и более высокую степень возбуждения от порнографических материалов, изображающих детей, как не достигших, так и достигших половой зрелости, чем от порнографических материалов, изображающих физически зрелых лиц, в течение периода 6 месяцев и дольше” в состав компонентов критерия Б для педофилии. Здесь, как замечает автор, возникают проблемы и концептуального, и практического характера.

Функция критерия Б парафилии — идентифицировать подгруппу лиц с парафилическим характером возбуждения, которые достигли порога “расстройства”, потому что причиняют дистресс или вред себе или другим. Рабочая группа, как отмечает автор, предлагает добавить “использования порнографии” в критерий Б потому, что ряд исследований продемонстрировал, что использование детской порнографии может быть, по меньшей мере, таким же хорошим индикатором эротического интереса к детям, как и сами сексуальные преступления в отношении детей. Проблема, однако, в том, что для описания характера эро-

тического интереса существует критерий А, который никак не может помочь в дифференциации парафилии от парафилического расстройства. Возможно также, продолжает автор, что рабочая группа намеревается включить повторяющееся использование детской порнографии в качестве индикатора проблематичного, задаваемого педофилией поведения, принимая во внимание, что владение детской порнографией противозаконно и чревато серьезными негативными последствиями для обладателя. Однако не все формы детской порнографии запрещены в США законом. Для целей американского федерального права, детская порнография определяется как визуальное изображение лица, не достигшего 18-летнего возраста, вовлеченного в поведение откровенно сексуального характера. Таким образом, исключительное использование не визуальных форм детской порнографии (и возможно, виртуальной детской порнографии, если оно не включает изображения реальных детей) не создавало бы для человека риска негативных последствий и не выполняло бы предназначенных критерию Б функций.

Автор предлагает включить использование детской порнографии в критерий А педофилии, который в таком случае требовал бы наличия “повторяющегося и интенсивного сексуального возбуждения, получаемого от детей, как не достигших, так и достигших половой зрелости или равного или более выраженного возбуждения, получаемого от таких детей, чем от физически зрелых лиц, что проявлялось бы в фантазиях, побуждениях, или поведении, таком как предпочтительное использование детской порнографии, в течение 6 месяцев”. Такая модификация, по мнению автора, повысила бы клиническую полезность этого критерия, сообщая клиницисту, что использование порнографии — часто лучший поведенческий индикатор имеющегося эротического интереса к детям.

Несколько слов о статье “Сексуальные расстройства: Новые и расширенные предложения для DSM-5 — нужны ли нам они?” (Sexual Disorders: New and Expanded Proposals for the DSM-5 — Do We Need Them?). Автор — **Howard Zonana, MD** — профессор психиатрии и права в Йельском университете, медицинский директор Американской академии психиатрии и права и один из наиболее авторитетных современных американских судебных психиатров.

Поначалу намеревался включить ее в обзор, однако, глядя на то, какие вопросы рассматривает автор (некоторые до сего времени не только не обсуждались, но и внятно не формулировались в российской судебно-психиатрической литературе) и как мастерски он это делает, решил предложить НПЖ опубликовать статью целиком в русском переводе. Редакция поддержала. Надеюсь, и доктор Зонана, и Журнал ААПП дадут согласие, и статья вскоре появится в Независимом психиатрическом журнале.

ИЗ ДОСЬЕ ЭКСПЕРТА

Учитывать вброс дезинформации!

Мы повторно обращаемся к драматической истории Анны Астаниной (А. А. в публикации НПЖ, 2010, 2, 62 – 76). Это, казалось бы, во многих отношениях редкое по яркости дело, на самом деле — пример многочисленного класса случаев. Одновременно с ним мы занимались поразительно сходным делом Татьяны Антонюк (Брянск — Калуга), широко представленном в прессе и на ТВ. Их мужья — крупный банковский босс в одном случае и руководитель крупного медицинского центра, опекаемый Газпромом, — представители генерации новой номенклатуры, которая называет себя “элитой” и мнит “аристократией”, хотя на деле просто обладает рычагами власти. Но в ноябре в ТВ-сюжете об А. А., против нее прозвучал очень характерный для нашего времени довод: “Так ведь девочке с отцом будет лучше”. Как будто мать соизмерима с жизненным комфортом и словно судьба матери ничего не значит.

В профессиональном отношении история А. А. остро дискуссионна: острая психогенная бредоподобная реакция, гомонимная личности, т.е. естественная реакция, или острое преходящее психотическое расстройство?

В прошлой публикации мы показали, что **дело в значительной мере в том, чьим свидетельским показаниям доверяют эксперты.**

27 мая 2011 года профессор Института Восточно-Европейского психоанализа к.м.н. В. И. Гарбузов по просьбе отца 7-летней дочери А. А. проконсультировал девочку и написал в заключении: “*Обеспокоенность отца связана, с его слов, со страхами и тревогой дочери после встреч с ее матерью по установленному решением суда порядку общения, которое пугает де-*

*вочку тем, что замкнет ее в клетке с психотравмирующим воздействием матери на ребенка... В кабинете девочка садится рядом с отцом, держит его за руку, прижимается к нему... “к маме не хочу”, “мне не нравится с ней гулять, сидеть дома у ее подруги. Она ругает меня, кричит на меня всегда, а папа — нет. Я боюсь, что она меня выкрадет, вот что!”... **Заключение:** по данным клинического и психологического обследования Марии, 7 лет, ее психологическое состояние неустойчивое из-за боязни встреч с матерью, ее действий в отношении дочери, из-за страха разрыва отношений с отцом и старшим братом. Учитывая, что идет интенсивное развитие личности ребенка, подобное положение дел без сомнения отрицательно скажется на его психическом состоянии и не может не привести в патохарактерологическому формированию личности. Очевидно, что дальнейшее общение несовершеннолетней Марии с матерью нанесет вред психическому здоровью ребенка”.*

Текст заключения уместается на одной странице и не соответствует утверждению, что сделан на основании клинического и психологического обследования. Вывод заключения лишен всякого обоснования. Гарбузов считает возможным в остроконфликтной ситуации полагаться на ее изложение одной стороной и полностью игнорирует неизбежное внушающее воздействие этой одной стороны. Чтобы разобраться в этом, вряд ли нужен психоанализ. Мы видели, что версия организации недобровольной госпитализации Анны Астаниной в ПБ преследовала, в первую очередь, задачу забрать девочку, а потом отрицательно настроить ее к дискредитированной лечению в ПБ матери.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ СПЕЦИАЛИСТА¹

Настоящее заключение составлено 21 октября 2011 г.

по запросу адвоката Дуйко Л. В.

на основании представленных ею следующих документов:

1) кассационное определение Санкт-Петербургского городского суда (рег. № 33-11166/11) от 25 июля 2011 г. ;

2) замечания на протокол (фонограмма) судебного заседания от 25.07.11;

¹ Данное заключение печатается с сокращениями, чтобы минимизировать повторы с первой публикацией, текст которой следовало приобщить к делу.

3) заключение амбулаторной судебно-психиатрической комиссии экспертов в ГНЦ социальной и судебной психиатрии им. В. П. Сербского от 02.04.2009 и 19.06.2009;

4) заключение комиссии судебно-психиатрических экспертов от 12.02.2010. Повторная амбулаторная судебно-психиатрическая экспертиза в суде (**не указано, что это экспертиза по документам**);

5) заключение специалиста Софронова А. Г. (не указана дата);

6) освидетельствование Астаниной А. Л. специалистом врачом-психиатром Ларичевым В. Л. от 23.12.2008;

7) заключение специалиста Пшизова В. С. 10 – 19.03.2010 и 28.10.2010;

8) заключение специалистов НПА России от 16.11.2009;

для ответа на следующие вопросы:

1) помогла или помешала в деле Астаниной А. Л. психиатрическая осведомленность судьи?

2) чем чревато игнорирование судом имеющихся в деле мнений специалистов-психиатров?

3) с чем связано полное игнорирование заключения НПА России?

Нестандартное обращение и нестандартные вопросы, с которыми к нам обратился адвокат Астаниной А. Л., **связаны с тем, что рассматриваемое дело**, хотя и является для современной действительности типовым, далеко не рядовое. В ряду многих подобных дел оно **по целому ряду позиций является исключительным и прецедентным**. Поэтому необходимо его особенно тщательное разбирательство.

Это дело, где **диаметрально противоположную позицию заняли Санкт-Петербургская и Московская психиатрические школы**, причем поменявшись привычными позициями: московские психиатры, склонные к психиатризации действительности и, соответственно этому, гипердиагностике психиатрических диагнозов, не обнаружили при анализе всего массива представленной медицинской документации и непосредственного исследования Астаниной А. А. оснований для ее недобровольной госпитализации и даже вообще какого-либо психотического состояния, а санкт-петербургские психиатры, вопреки своей обычно противоположной тенденции, поставили диагноз психотического расстройства и нашли основания для недобровольной госпитализации по самому серьезному основанию — пункту “а” ст. 29 Закона РФ “О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании”. Если бы очередная судебно-психиатрическая комиссия была проведена в Москве, а не в Санкт-Петербурге, ее решение с высокой вероятностью было бы противоположным. Это обстоятельство было на поверхности и об этом знали все, включая суд.

Это дело, где в судебно-психиатрическую судебную комиссию ГНЦ социальной и судебной психиатрии им. В. П. Сербского (перед лицом VIP-персоны) **впервые за последние 15 лет был включен представитель другого учреждения** (Московского НИИ психиатрии), ведущий специалист в области психических расстройств в наркологии.

Это дело, где решение судебно-психиатрической комиссии Центра им. Сербского **было поддержано его наиболее жестким постоянным критиком** — Независимой психиатрической ассоциацией России.

Наконец, это дело вызвало **громкий общественный резонанс** в силу целой серии подобных дел, когда высокопоставленные или высоко состоятельные мужья бросают постаревших жен, отсуживая у них всеми правдами и неправдами общих детей, а также особого цинизма этой технологии в случае Астаниной по ее версии.

В кассационном определении с первой фразы можно увидеть открытую, ни с чем не считающуюся тенденциозность, если быть знакомым со всеми материалами дела.

Значительная часть текста кассационного определения представляет стереотипные совершенно излишние повторы текста Закона и рассуждения о его соответствии международному праву. Как один из разработчиков этого закона в 1991 – 1992 гг., который создавался на основе так наз. международного правового минимума для психически больных, я не могу не видеть в этом попытку авторов кассационного определения увести в сторону вместо обсуждения многих действительно сложных спорных вопросов. Авторы с первой же фразы занимают настолько одностороннюю позицию, что **делается непонятным, как вообще могли возникнуть разноречия**. Это достигается полным игнорированием всего, что **могло бы поколебать версию больницы**.

Кассационное определение декларирует свое **“всестороннее полное объективное и непосредственное исследование”**. Вот только несколько из множества примеров, демонстрирующих **ровно обратное**, помимо неуместного насмешливого и пренебрежительного тона, который судья постоянно позволяла себе в адрес Астаниной, несколько раз доводя ее адвокатов до публично высказанного намерения покинуть судебное заседание в силу игнорирования их доводов.

Согласно международной классификации болезней последнего 10-ого пересмотра, **“острое полиморфное психотическое расстройство” (F 23)**, — диагноз, окончательно выставленный Астаниной А. А. Санкт-Петербургской ПБ № 6 — **“не должно диагностироваться при явной интоксикации алкоголем или лекарственными препаратами, однако, незначительный прием алкоголя или марихуаны без признаков тяжелой интоксикации или дезориентировки не исключает**

ют диагноза *острого психотического расстройства*”.

При поступлении в ПБ № 6 Астанина “не могла держаться на ногах”, ее вырвало прямо в приемном покое, дежурный врач записал: “поступила в состоянии выраженного алкогольного опьянения, контакту недоступна, на вопросы не отвечает” и т.д., и ее состояние было квалифицировано как **“алкогольное опьянение средней тяжести”** (F10.0x2).

Судья, **всячески подчеркивая свое хорошее знание МКБ-10**, в ходе судебного заседания **несколько раз утверждала, что алкогольное опьянение и алкогольная интоксикация — совершенно разные вещи, в силу чего диагноз F 23 правомерен. На самом деле, в МКБ-10 такого разграничения нет, более того, во всех случаях эти термины употребляются синонимично**, а именно: “опьянение (острая алкогольная интоксикация)” с подразделением на легкую, среднюю и тяжелую степени, и помещаются в разделе под общим названием “острая интоксикация”. Достаточно раскрыть МКБ-10 на шифре F10.0x2. А поскольку специально указывается, что “острая интоксикация находится в прямом соответствии с уровнями доз”, то говорить о “незначительном приеме алкоголя” у Астаниной, при наличии диагноза ПБ № 6 о средней тяжести опьянения, не приходится.

В кассационном определении (стр. 9 – 10) читаем: *“действительно, положения раздела F 23 МКБ-10 не предполагают возможности диагностирования соответствующих расстройств при наличии явной интоксикации алкоголем или лекарственными препаратами, однако не исключают возможности установления такого диагноза при наличии признаков употребления алкоголя без признаков тяжелой интоксикации”*. Если мы сравним этот пересказ с текстом МКБ-10, процитированным выше, то увидим, что изъятие слов о *“незначительном приеме алкоголя”* в сочетании с отрицанием “явной интоксикации” (вместо которой судья говорила об “алкогольном опьянении” как о чем-то другом) меняет смысл фразы. Это явная недобросовестность для того, чтобы оправдать удобный диагноз F 23.

Конечно, можно сказать, что не только судья, но и врачи и консультанты ПБ № 6 оказались в том же положении. **В кассационном определении специально подчеркивается, что их показания, в частности, проф. С. В. Литвинцева, проф. В. В. Дунаевского (наряду с Ш. Д. Ботерашвили!, который по версии Астаниной был организатором ее стационарирования) “ничем не опорочены”, “их личная заинтересованность в исходе дела ничем не подтверждена”. Т.е. отрицается их неизбежная предвзятость, как уже высказавших свое мнение, как постоянных консультантов ПБ № 6. Тем самым авторы кассационного определения отрицают в качестве значимых факторов честь мундира учреждения и корпоративную солидарность его сотрудников и консультан-**

тов. Хорошо известно, как **легко манипулировать решением любой экспертной комиссии**, наперед зная ее решение, **простым подбором ее членов**. Все они искренне и честно будут говорить о своем мнении, не замечая, что подобраны по принципу одной команды (одного учреждения, одного города, одной научной школы, одинаковой подведомственности и т.д.). Подлинная независимость достигается состязательностью экспертов разных позиций, если сами судьи их непредвзято слушают и сравнивают.

Ставя Астаниной диагноз F 23 и расценивая ее версию событий как бредовую, все специалисты и консультанты ПБ № 6, а вслед за ними и авторы кассационного определения, игнорируют, что **Астанина и сейчас активно защищает и здраво аргументирует версию, которую считали бредовой**. Это грубое противоречие: или ее версия не была бредом, или сейчас этот бред сохраняется, и тогда диагноз F 23 неверен.

Но диагноз F 23 неверен еще и потому, что из 3 его критериев присутствовал только один. Но авторы кассационного определения цитируют МКБ-10 опять-таки с купюрами, только такой ценой добиваясь своего.

F 23 — это острые транзиторные, часто спонтанно возникающие и всегда спонтанно проходящие психические состояния, **длящиеся нередко в течение нескольких часов и никогда не более двух недель, т.е. проходящие и без лечения** и таким образом нередко не нуждающиеся в лечении. **При таком диагнозе пункт “в” ст. 29 закона** о психиатрической помощи совершенно неуместен, поскольку он предполагает “существенный вред здоровью вследствие ухудшения психического состояния, если лицо будет оставлено без психиатрической помощи”.

Из 3 необходимых для диагноза F 23 критериев присутствовал, согласно описанию в истории болезни, только один — острое начало, т.к. ни резкого полиморфизма и переменчивости на протяжении даже одного дня различных типов галлюцинаций или бреда, ни переменчивости эмоциональных состояний за это же время не было зафиксировано. Резкий полиморфизм эмоций — это соприсутствие или резкие переходы в короткие промежутки времени в рамках одного общения *“интенсивных чувств счастья и экстаза, тревоги и раздражительности”*, но ни счастья, ни экстаза Астанина не испытывала, а в пересказе этого места МКБ-10 в кассационном определении эти чувства просто не называются.

Таким образом, даже в том случае, если не оспаривать окончательный диагноз больницы, и у Астаниной отмечался кратковременный — в течение нескольких дней — психотический эпизод, никаких оснований для недобровольной госпитализации ни по одному из пунктов ст. 29 не было, а основной значимый для суда спор идет именно об этом.

Наконец, не в диагнозе дело! Даже при диагнозе “шизофрения” детей у матерей не отбирают, и во-

прос ставится не о диагнозе, а о способности выполнять обязанности матери.

Наличие двух противоположных версий не только сторон, но и экспертов, диктует и процедуру анализа: не безраздельно доверять той или другой версии, а рассмотреть те факты, которые являются общими фоновыми для обеих версий. Возникший конфликт имеет пятилетнюю предысторию. В ресторане налицо был испуг, реакция боязни, т.е. содержательной тревоги в отношении возможного грубого физического насилия, агрессивно-оборонительная, а не атакующая позиция: “забилась в угол”, не нападая, а демонстрируя готовность защищаться, на фоне выраженной алкогольной интоксикации. А в больнице — бурный протест против стационарирования.

Очевидное суду беспредельно уничижительное оговаривание Астаниной мужем и няней, хотя и было справедливо проигнорировано судом, но сам факт такого оговора не повлек за собой недоверия к другим показаниям этой стороны, даже к доверенному лицу мужа — Ботерашвили. А чего стоит долго фигурировавшая и переписываемая врачами ПБ № 6 (!) история о том, что Астанина ударила мужа утюгом, из-за чего у него произошло расслоение аорты. Врачам хорошо известно, что такого в принципе не бывает.

Поэтому мы центрируем не момент насильственного опаивания по версии Астаниной и не нелепую агрессию с ее стороны по версии Ботерашвили, а объективно зафиксированную последовательность действий, приведших к недобровольному стационарированию. Это прозвучало на последнем заседании суда, но не было услышано и принято во внимание судом, а осталось только в фонограмме.

Прокурор: “...кому она там угрожала? А он (Ботерашвили), как врач, сам установил диагноз, вместо того, чтобы отреагировать на то, что предлагали официанты, которые говорили о том, что предлагали вызвать милицию, он сказал: “Да, я уже позвонил, придет психиатрическая помощь”. Вы вызовете в нашей жизни психиатрическую помощь в ресторан? Она никогда не выезжает. И есть у нас жалобы граждан, где говорится о том, что человек состоит у них на учете, милиция вызывает, приехавшая домой, где человек буйствует, а милиции отказывают, потому что человек пьяный.

Судья. Вы на что тут намекаете? Скажите уж прямо.

Прокурор. Я не намекаю. Я говорю о том, что...

Судья. Если я вызову скорую психиатрическую помощь с описанием определенных клинических симптомов, Вы читаете, что скорая не должна принимать соответствующий вызов?”.

Здесь судья самонадеянно вмешивается в психиатрическую компетенцию, противореча профессионалам, например, проф. А. Г. Гофману, много десятилетий возглавляющему наркологическое отделение Московского НИИ психиатрии. **Я, как психиатр об-**

щесоматической больницы, каждодневно имею дело с алкогольным опьянением, т.е. алкогольной интоксикацией и абстинентным синдромом. И всех этих больных скорая помощь везет не в психиатрическую больницу, и не в медвытрезвитель, как по старинке уверена судья, а в реанимационные отделения общих больниц. Отрицать это — все равно, что отрицать таблицу умножения. Но судья с тем же апломбом, что в отношении маршрута больных с тяжелым алкогольным опьянением, вмешивается даже в их диагностику, и даже в терапию.

“Судья. у Вас было краткое расстройство психотического характера.

Астанина. Я говорю о поражении в правах, я год не могла добиться, больше года не могла добиться решения о том, чтобы видиться со своими детьми.

Судья. Сейчас Вы видите со своими детьми?

Астанина. Нет, сейчас не вижусь опять.

Судья. Суд вынес решение?

Астанина. Вынес, но год тянули время.

Судья. Это никак не связано с диагнозом.

Астанина. Как не связано? Суд назначил следствие...

Судья. Давайте уточним, я правильно поняла, что ни первый, ни второй суд не ограничивал Вас в правах в связи с каким-то Вашим заболеванием? Мнение Л. (мужа), наверное, не имеет отношения к диагнозу.

Астанина. Как не имеет?

Судья. Поведение Л., это никак не повлияло на мотивы суда.

Астанина. Послушайте, Пушкинский суд несколько раз посылал запрос в Смольнинский суд, и, получив ответ, что решение не состоялось, он не давал решения по этому вопросу. За этот год мой ребенок практически забыл меня. Это разве не... А Л. ссылался только на то во всех организациях, что я психически опасна. Я потеряла контакт со своим ребенком. И еще один момент. Л. смог получить это решение только потому, что он забрал девочку, и четыре месяца до суда она вообще не видела меня. Он забрал ее на следующий день после того, как меня поместили в больницу, он сразу же забрал ее. Если бы он ее не забрал, никакой суд бы такого решения не вынес.

Судья. А если бы Вас поместили в медвытрезвитель, он бы, наверное, тоже ее забрал?

Астанина. Как? Если бы меня через день выпустили, почему он ее забрал бы?

Судья. А кто сказал, что выпустили бы через день?”

Здесь судья противоречит повседневной практике: через день, проведя детоксикацию, таких больных выписывают.

“Судья. Но Вы же не оспариваете состояние алкогольного опьянения, в котором Вы были на момент поступления в больницу?

Астанина. Состояние алкогольного опьянения я не оспариваю. Но почему мне после этого, не сделав

никакой дезинтоксикационной терапии, повели на суд, еще уколов этими лекарствами, я вообще не могу понять. Почему мне не дали прийти в себя?

Судья. У Вас не было дезинфекционной терапии... Еще есть вопросы?

Астанина. Я не понимаю, почему не заинтересовали синяки на запястьях и шее. Как потом стали ссылаться, когда мы обратили внимание на это, эти синяки на запястьях и шее косвенно подтверждали мою версию происходящего в ресторане. Но только впоследствии стали говорить, что ко мне применялись методы принудительного удержания. А в документах никакой информации...

Судья. Вследствие чего образовались эти синяки?

Астанина. Вследствие того, что меня насильно напоили водкой и били.

Судья. Как это происходило?

Астанина. Меня схватили за руки, закинули вот так вот голову назад и сначала вливали водку.

Судья. И сколько влили?

Астанина. Около литра.

Судья. Около литра влили?

Астанина. Ну, как, влили не сразу. Потом меня били по голове и просто заставляли пить уже саму, потому что я боялась, все там написано.

Судья. Около литра водки.

Астанина. Я не знаю, там была большая бутылка. Сколько я выпила, всю или нет, много, я была очень пьяна, я ничего не помню.

Судья. Мы Вас поняли. Еще есть вопросы?

Астанина. И я не могу понять, по какой причине судья в последнем рассмотрении назначила стационарную экспертизу, хотя ни один эксперт на такую необходимость не указывал. Она самостоятельно решила, что только такая экспертиза даст ответ и приписала это мнение эксперту Незнанову. Но в протоколе ясно сказано, что эксперт Незнанов этого не говорил, а сказал противоположное. И если обе экспертизы в Смольнинском суде назначались по просьбе стороны больницы, где здесь мои права? Сторона больницы во второй экспертизе поименно указала каждого эксперта. И по какой-то причине эта экспертиза, которая была без моего участия, проведена поверхностно, по документам, предпочтается полноценной экспертизе института Сербского, когда я...

Судья. Я читала заключение экспертизы института Сербского, поэтому имею возможность оценить оба насчет состоятельности и так далее. Присаживайтесь, пожалуйста, слушаем дальше. Беллетристику оставьте на потом, она очень подробно описана, мало того, поверьте мне, я очень хорошо знаю психиатрию. Поверьте мне, в отличие от Астаниной. И МКБ 10 замечательно.

Иценко. Астанина Анна Львовна не претендует на знание психиатрии."

Как и по многим другим фрагментам фонограммы видно, что судья действительно изучила в МКБ-10 диагноз ПБ № 6 F 23, но такое ознакомление хуже полного незнания, т.к. дает иллюзию знания, оставаясь полужнайством с апломбом.

Мы всегда выступали и продолжаем выступать за обязательный непосредственный контакт наших подэкспертных с судьями. Но не для того, чтобы судьи ставили диагноз и выступали с наших позиций, а для того, чтобы они могли составить свое собственное представление с позиций здравого смысла о возможностях подэкспертных независимо от их диагноза.

Чтобы разобраться в данной ситуации необходимо не ограничение узким прояснением уже выставленных диагнозов, а способность к широкому профессиональному горизонту, что дает возможность выдвинуть третью версию, которая непротиворечивым образом объясняет не только психическое состояние и поведение Астаниной, но и разноречия экспертов. Однако, судья полностью проигнорировала имеющуюся в деле третью версию.

Таким образом, на первый вопрос: помогла или помешала в деле Астаниной психиатрическая осведомленность судьи, можно ответить, что она и помогла и помешала: она помогла судье разобраться в целом ряде возможных ложных истолкований, но внушила неоправданную самоуверенность на пути чисто психиатрического взгляда, тогда как судейский взгляд и акценты должны быть совсем другими. Это привело к выбору в узком русле предложенной ПБ № 6 альтернативы, вместо более широкого объемлющего взгляда.

Кассационное определение полностью обесценивает экспертные заключения Центра им. Сербского, заключения специалистов Ларичева В. Л. и Пшизова В. С., а приобщенное к материалам дела 24.01.11 заключение НПА России (т. 6, л.д. 5 – 7) вообще проигнорировано, словно его нет.

Это сложное дело уверенно с первой же фразы решается односторонне, ценой игнорирования всего, что служит этому помехой. Заключение Центра им. Сербского, Ларичева В. Л. и Пшизова В. С. подвергаются квази-критике, т.е. поверхностной видимости критики.

Вот пример того, как авторы кассационного определения слышали и поняли специалистов-психиатров Ларичева и Пшизова. "Доводам Ларичева В. Л. и Пшизова В. С. о том, что гражданам с признаками алкогольного опьянения при наличии необходимости не может быть оказана скорая психиатрическая помощь суд дал правильную оценку как не основанную на законе, противоречащим требованиям ст. 41 Конституции РФ и Кодексу врачебной этики". Между тем, речь идет о повседневной практике любого психиатра: когда больной находится в алкогольном опьянении, ему нельзя вводить психотропные препараты, — это вредно. Даже

при двигательном возбуждении предпочтительна соответствующая капельница с фиксацией, т.е. предварительная дезинтоксикационная терапия. То, как **искажено** судьи восприняли эти заключения, хорошо показывает их тенденциозность, нарушение презумпции доверия к профессиональной компетентности этих специалистов. Эти высокопарные обвинения **оскорбительны для врачей**.

Описанная последовательность медицинских мероприятий в условиях алкогольного опьянения связаны с приоритетом общемедицинской скорой помощи над собственно психиатрической.

Таких примеров искажения и оглупления доводов одной из сторон, придания им ложного смысла из-за собственной некомпетентности в психиатрии немало в тексте.

Решение кассационного определения держится фактически на простом повторении доводов ПБ № 6. Но больница как непосредственный участник судебного процесса, слишком **заинтересованная и тенденциозная сторона**, она связана своими первоначальными квалификациями и принятыми решениями и, естественно, отстаивает их (... ..).

ПБ № 6 в поисках диагноза, который оправдал бы недобровольные стационарирование и лечение Астаниной и все первоначальные квалификации, заложником которых она оказалась, **металась из крайности в крайность**: то состояние Астаниной квалифицировалось как давнее и хроническое психическое расстройство, то как острое и быстро преходящее. **В материалах дела сохранились эти зигзаги**, когда представитель больницы уверял, что Астанина **больна уже “не менее 8 лет” и продолжает оставаться больной и сейчас после выпивки, якобы “принимает поддерживающие таблетки”**, а потом **обосновывал диагноз F 23**. Все это — естественная попытка защитить репутацию больницы. Но для кассационного определения это неестественная позиция.

Таким образом, мы видим, что такая **односторонняя поддержка в кассационном определении позиции ПБ № 6** осуществима только ценой **поверхностной и легко уязвимой критики заключения Центра им. Сербского, специалистов-психиатров Ларичева В. Л. и Пшизова В. С. и полного игнорирования заключения НПА России (ответ на второй вопрос)**.

С чем же связано игнорирование заключения НПА России? Видимо, с тем, что в этом **заключении не было противопоставления высказанным противоположным позициям ПБ № 6 и Центра им. Сербского**, его авторы не выставляли врачей ПБ № 6 ни коррупционерами, ни неучами, а показали реальную сложность нашей профессии и нередкий казусный трудно разрешимый характер встречающихся состояний и коллизий. В данном случае — как уже не раз в последнее время описывалось в мировой литературе — все разбираемое здесь громкое разноречие

специалистов произошло из-за неоправданной презумпции доверия к показаниям только одной стороны. Кассационное определение повторило, буквально продублировало, эту односторонность: врач приемного отделения ПБ № 6 принял на веру свидетельские показания Ботерашвили — представителя гражданского мужа Астаниной, а кассационное определение приняло на веру только позицию больницы. Но гротескные показания гражданского мужа Астаниной, так же как показания няни, были судом справедливо дезавуированы, тогда как показания Ботерашвили почему-то были объявлены неопороченными, хотя именно его организационные способности положили начало всей психиатрической канители.

Если **объединить, а не противопоставлять обе версии**, то прорисовывается довольно ясная и нередкая в наше время картина: в результате неговорчивости Астаниной, организуется ее помещение в ПБ посредством насильственного опаивания и ложных свидетельских показаний. Врач скорой психиатрической помощи квалифицирует ее состояние не более чем “психопатоподобное поведение, алкогольное опьянение”. А врач приемного отделения добавил к этому, опираясь на свидетельские показания: “параноидный синдром под вопросом”, без чего стационарирование было бы невозможным. В этом контексте описываемый Астаниной “дикий страх”, пережитый ночью в отделении, когда она пришла в себя, отразил острую психогенную реакцию, которая целиком соответствует триаде Яспера (четкое совпадение начала и конца этой реакции с психотравмирующей ситуацией и соответствие ей высказываемых содержаний). Пережитое двойное насилье естественным образом вызывает гиперболическое ожидание очередных подобных действий, т.е. **острую психогенную бредоподобную реакцию с паранойяльной трактовкой происходящего**, с аффективным сужением сознания на высоте страха, с характерологически преломленными реакциями протеста, тем более, в сочетании в первые сутки с острой алкогольной интоксикацией. Вторичный характер таких реакций всегда на поверхности. Такие реакции всегда длятся ровно столько, сколько длится психотравмирующая ситуация и завершаются полным выздоровлением. В данном случае, **психотравмирующим фактором было само содержание в ПБ, а его следствием — непсихотическая острая психогенная реакция, гомономная личности, т.е. вполне соответствующая ей. Как личностная реакция — это не болезненное состояние**.

Таким образом, **психиатры ПБ № 6** имели дело с **симптоматикой, которую сами вызвали, доверившись ложным свидетельским показаниям, и изначально повернув в сторону односторонней версии. Наиболее вероятная диагностическая версия острой психогенной реакции личности даже не рассматривалась, дифференциальный диагноз с ней не проводился, все подозрения Астаниной трактовались**

как параноидный бред, исходя из произвольного допущения, что все излагаемое ею невероятно, хотя это не более чем паранойяльные, правдоподобные содержания. Попытка трактовать отмеченную симптоматику как шизофреноподобную, а состояние после выписки как “качественную ремиссию”, а не выздоровление, совершенно несостоятельны. Описанное состояние Астаниной вообще не носило психотического характера, не достигало такого уровня даже в рамках аффективного регистра, не говоря уже о галлюцинаторно-бредовом регистре. На следующее утро после стационарирования Астанина уже давала подробные анамнестические сведения о себе. Перед нами пример юридически (из целей и ценностей) и психологически (из ситуации и характера) понятной выводимости состояния Астаниной в период двухнедельного стационарирования в ПБ. Даже в состоянии тяжелого опьянения, не держась на ногах, с ослабленным контролем, и потом на протяжении всего времени пребывания в больнице Астанина демонстрировала не только целеустремленность, но и способность к диссимуляции, точнее способность войти и исполнить роль здоровой в понимании хозяев положения.

Многочисленные мелкие частные придирки проф. Софронова к первому экспертному заключению буквально топят и зашторивают главный вопрос судебного иска — правомерность недобровольной госпитализации Астаниной по пп. “а” и “в” ст. 29. Хорошо видно, что оба основания отсутствовали и были притянуты искусственно в связи с полным игнорированием версии Астаниной и полным доверием к показаниям так наз. свидетелей. **Никакой непосредственной опасности ни для себя, ни для окружающих Астанина не представляла. Из всех имеющихся описаний видно, что она собиралась защищаться, а не нападать. Надо было оставить ее в покое, предоставить самой себе. Никакая опасность не угрожала ее психическому здоровью. Следовало отвезти ее на ночь в общую больницу для инфузионной терапии, как это обычно повсеместно делается, и**

отправить утром домой. Но вместо этого, при выставленном диагнозе острой алкогольной интоксикации инфузионная терапия проведена не была. Т.е. риск здоровью создало неадекватное стационарирование в ПБ. Наконец, вызванное принудительной госпитализацией бредоподобное состояние врачи лечили мощными нейролептиками вместо выписки.

“Выздоровление” наступило не столько в результате этого лекарственного курса (таблетки Астанина выплевывала), сколько в силу форсированной выписки, благодаря активной позиции Астаниной. Чтобы объяснить сохранение у больной ее версии событий, сторонникам второй версии приходится натягивать диагноз шизофрении. Вот только забывается, что даже такой диагноз в данном случае нисколько не меняет ответ на основной вопрос суда — недобровольная госпитализация по обоим пунктам “а” и “в” ст. 29 была неадекватна.

Такие яркие громкие дела, как разбираемое здесь, неизбежно вызывают сильный эмоциональный отклик и поляризуют не только их участников, но и всех соприкоснувшихся с ними. Заключение НПА России, отказавшееся от такой поляризации, вызывает недовольство обеих сторон, усложняет и затрудняет решение суда, поэтому суду предпочтительнее было его проигнорировать (*ответ на 3-й вопрос*).

Что касается ссылки кассационного определения на ст. 188 ГПК РФ, согласно которой — по утверждению его авторов — консультация специалиста не относится к числу доказательств по делу, то из этой статьи следует, что специалист может быть привлечен для консультаций и пояснений, а ч. 1 ст. 157 ГПК РФ относит консультации и пояснения специалиста к доказательствам по делу, которые суд обязан непосредственно исследовать.

Ю. С. Савенко

ETHICS IN PSYCHIATRY

Hanfried Helmchen; Norman Sartorius (Eds.)

2010, Hardcover, 573 pages

Springer: 978-90-481-8720-1

£126/€139.95

www.springer.com

Появившись в феврале 2010 г., Форум НПА России быстро превратился в площадку для обсуждения важных тем. Здесь встречаются врачи-психиатры, профессиональные юристы, представители органов опеки и попечительства и простые граждане, имеющие проблемы или просто интересующиеся ситуацией в отечественной психиатрии. Предлагаемая ниже дискуссия — очередной пример того, как за три дня можно поднять вопрос государственной важности и предложить пути его решения.



Опять нарушения прав граждан, признанных недееспособными, или как обойти статью 222 ГПК РФ?¹

Михаил. 24.11.2011, 13:04: Не могу добиться от органов опеки отстранения нерадивого опекуна, прокуратура также не помогает. Хотелось бы подать от имени недееспособного заявление в суд об обжаловании действий органа опеки, однако, этому мешает ст. 222 ГПК. Оставят ведь без рассмотрения.

Статья 222 ГПК РФ. Основания для оставления заявления без рассмотрения

Суд оставляет заявление без рассмотрения в случае, 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;

заявление подписано или подано лицом, не имеющим полномочий на его подписание или предъявление иска;...

Джильермо Марикото. 24.11.2011, 14:55: Михаил! Вы не уполномочены на подачу такого заявления в суд. Сам недееспособный вправе обжаловать действия (бездействие) опекуна в отдел опеки и попечительства (ООиП), а также вправе написать жалобу в органы прокуратуры. Эти его права прописаны в за-

конодательстве. Он самостоятельно обращался в ООиП и прокуратуру или нет? Чья подпись на жалобах?

Михаил. 24.11.2011, 19:26: Естественно сам, причем опекун не появляется в больнице у подопечного уже более полутора лет, она (дочь) не получает пенсию подопечного, не платит за его квартиру (долг уже составил десятки тысяч рублей), она уехала в другую страну и не оставила никому адреса, не подала ежегодный отчет по имуществу. Семнадцать месяцев я и подопечный ежемесячно жалуемся по восходящей: в орган опеки, руководителю органа опеки, прокурору района, прокурору области. Ответы просто шокируют, из последних перлов органа опеки: “из представленных материалов нельзя сделать вывод о ненадлежащем исполнении опекуном его обязанностей... кроме того, действующее законодательство... не устанавливает критериев надлежащего и не надлежащего исполнения обязанностей опекуном”.

Знаю, что я не уполномочен на подачу заявления в суд, об этом и ломаю голову. ЕСПЧ принимает заявления у недееспособного, КС РФ принимает, а районный суд — нет. Думаю, вот что: получить все отказы по 222 статье и в КС РФ. А то он Штукатурову с Бартевым отказал, мол “не применялись те нормы в деле Штукатурова”, а в нашем применяются.

Джильермо Марикото. 24.11.2011, 23:45: Михаил! Если отдел опеки и попечительства входит в

¹ В обсуждении участвуют практический врач-психиатр, профессиональный юрист и представитель органов опеки и попечительства.

структуру органов местного самоуправления, то можно пожаловаться руководителю органа местного самоуправления. Если же отдел опеки и попечительства входит в структуру органов соцзащиты, то — руководителю органа соцзащиты.

Валентина. 25.11.2011, 10:26: Очень интересная ситуация, особенно, когда нет опекуна.

Давайте попробуем разобраться. Ответ ООиП, что *действующее законодательство... не устанавливает критериев надлежащего и не надлежащего исполнения обязанностей опекуном*, некомпетентный, они таким ответом показывают свою глупость.

Ст. 24 48-ФЗ “Об опеке” гласит, что подопечный вправе обжаловать в ООиП бездействие опекуна. Лица, которым стало известно об угрозе жизни или здоровью лица, находящегося под опекой или попечительством, о нарушении его прав и законных интересов, обязаны сообщить об этом в орган опеки и попечительства по месту фактического нахождения подопечного или прокурору. При получении указанных сведений орган опеки и попечительства **обязан принять необходимые меры по защите прав и законных интересов подопечного и в письменной форме уведомить об этом заявителя**. Отсутствие опекуна — это угроза жизни и здоровью подопечного, тем более что он остался без средств к существованию. Что должны сделать ООиП? Ст. 14, 15 Правил осуществления ООиП проверки условий жизни подопечного — это постановление Правительства 927, говорит о том, что в случае если действия опекуна или попечителя осуществляются с нарушением законодательства Российской Федерации и (или) *наносят вред здоровью, физическому, психологическому и нравственному состоянию совершеннолетнего подопечного* (вот как раз и есть критерии надлежащего и ненадлежащего опекуна), а также, если выявленные в результате проверки нарушения невозможно устранить без прекращения опеки или попечительства, орган опеки и попечительства в течение 3 дней со дня проведения проверки:

а) *принимает акт об освобождении опекуна или попечителя от исполнения возложенных на него обязанностей либо об отстранении его от их исполнения, который направляется опекуну или попечителю;*

б) *осуществляет меры по временному устройству совершеннолетнего недееспособного гражданина (при необходимости);*

в) *принимает решение о помещении совершеннолетнего недееспособного гражданина под надзор в учреждение здравоохранения или в стационарное учреждение социального обслуживания (дом-интернат для престарелых и инвалидов или психоневрологический интернат).*

Ст. 15. В случае возникновения непосредственной угрозы жизни или здоровью совершеннолетнего недееспособного гражданина орган опеки и попечи-

тельства обязан немедленно принять меры по обеспечению его жизнеустройства.

Обратите внимание на сроки — это 3 дня.

А Вы планируете оформить опеку над человеком, за которого так бьетесь? Если да, то сдавайте пакет документов и становитесь 2 опекуном, тогда вы будете надлежащим заявителем в судах и сможете опекуна, уехавшего, отстранить.

Джюльермо Марикото. 25.11.2011, 11:52: Валентина! ООиП даже не удосужился провести проверку условий жизни подопечного. ООиП фактически бездействует. А что если написать жалобу в прокуратуру именно на бездействие ООиП, а о смене опекуна не упоминать? Нужно вынудить ООиП провести проверку и по результатам проверки строить дальнейшие шаги.

Валентина. 25.11.2011, 12:33: Про смену опекуна пока речи не идет, у нас по закону может быть 2 опекуна, и Михаил, независимо от дамочки, может им стать. А эту даму, которая свалила за границу, надо не освобождать, не менять, а отстранять.

Михаил. 25.11.2011, 15:49: Проблема состоит в том, что ООП не собирается ничего делать, а прокуратура не собирается никак на это реагировать. Вы мне можете не верить, но это так и есть. Никакого обследования условий жизни не проведено. Пришить опекуну и органу опеки “оставление” не получится, ибо подопечный лежит в нашем стационаре, следовательно, его жизнь вне опасности, а также я не собираюсь становиться опекуном, это будет делать мой стационар. На нашу жалобу отвечают что “состоялся опекунский совет, принято решение отстранить”, однако позже выясняется, что решение опекунского совета не привело к отстранению опекуна. Жаловался я уже и главе администрации на бездействие органов опеки и на бездействие главы администрации прокурору района (два раза, один из них в виде несогласия с решением прокурора) и на бездействие прокурора района прокурору области. Последняя жалоба ушла позавчера. Ерунда в том, что отвечая мне на жалобы, никто не опровергает фактов, изложенных в этих жалобах, все соглашаются, никто не называет меня надлежащим жалобщиком, но...воз и ныне там. Суть проблемы забалтывается чиновниками опеки и прокуратуры, конкретные меры не принимаются. Общался на днях с бывшим прокурором, поплакался ему мол “в твоё время вопросы так не решались”, он только рукой махнул. Именно поэтому я и хочу попытаться подать заявление в суд, поскольку в суде чиновникам очень трудно будет найти ответ на вопрос ПОЧЕМУ НИЧЕГО НЕ ДЕЛАЕТСЯ? Причем от ответа нельзя увильнуть, судья обычно не позволяет этого. Препятствием на этом пути стоит статья 222 ГПК.

Джюльермо Марикото. 25.11.2011, 16:58: Михаил! Так может быть есть резон обратиться психиатрическому ЛПУ в суд с заявлением на бездействие ООиП, так как он не отстраняет опекуна? А вы будете

представителем своего ЛПУ в суде и действовать на основании доверенности? Поясните, что за опекунский совет? Опекунский совет ПБ?

Михаил. 25.11.2011, 17:21: Органы опеки в нашем регионе, на основании Областного Закона, это — муниципальные власти. Они сами формируют структуру таких органов. Структура такова: Опекунский совет при УЗ города. Решения этого совета носят рекомендательный характер, чтобы они стали постановлением главы администрации города (как органа опеки), их должно согласовать правовое управление администрации (ПУ) (таков регламент), а вот в этом самом ПУ засели люди, которые не согласовывают постановления об отстранении опекунов. При этом они не несут за это никакой ответственности, ибо, все жалобы “отписываются” на опекунский совет. Особо подло то, что каждая бумажка вылеживается в ПУ максимально допустимый по закону срок, после чего дается ответ. Психиатрическая больница, на мой взгляд, не может обратиться в суд по этому вопросу, поскольку права психбольницы ситуация не ущемляет, а самостоятельное право психиатрического учреждения судиться за своих пациентов вычеркнуто из проекта Закона о психиатрической помощи еще в 1991 году. Или нет?²

Валентина. 25.11.2011, 19:53: Главный врач ПБ может выйти в суд в интересах недееспособного. А вообще, если порассуждать, то Ваша ПБ является 2-ым опекуном.

Михаил. 25.11.2011, 20:57: Не уверен ни в том, что мы можем выйти в суд в чьих-либо интересах, кроме своих, ни в том, что мне удастся доказать, что мы являемся опекуном: 1) на нас опека не возлагалась 2) опекун пациенту назначался.

Джульермо Марикото. 25.11.2011, 19:54: Не знаю, содержалось ли в законопроекте 1991 года такое право у ПБ или нет, однако важно, что в ЗоПП оно не содержится. Презюмируется, что опекун недееспособного должен отстаивать его права. Но в данном случае ПБ действует не только в интересах недееспособного, но и в собственном интересе, ибо хочет возложить на себя опекунские обязанности.

В решении Опекунского совета говорится про психбольницу как кандидата в опекуны? Решение Опекунского совета поступило в ПУ? Какое решение приняло ПУ? Оно обязано принять какое-то решение.

Михаил. 25.11.2011, 21:05: Не помню, кто из разработчиков рассказывал (может И. Я. Гурович, может В. П. Котов), как вымарывалось из проекта это право властями. Что касается того, что “ПБ действует не толь-

ко в интересах недееспособного, но и в собственном интересе, ибо хочет возложить на себя опекунские обязанности”, то не знаю, можно ли считать “интересом” добровольное взваливание на себя опекунских обязанностей? Обычно интерес это что-то выгодное или приятное.

В решении Опекунского совета говорится, что “после отстранения С...й, опекунские обязанности будет исполнять... ПБ”, это решение поступило в ПУ, ответ которого я уже цитировал: “не представляется возможным сделать вывод о ненадлежащем... не установлены критерии надлежащего...” и в связи с этим “вернуть проект постановления без согласования”. Беда в том, что это решение является внутренним документом администрации, адресованным из одного управления в другое. Я, как член опекунского совета (того самого), конечно, получил копию, но, при новых жалобах, боюсь, глава администрации опять направит документ к нам (в ОС).

Джульермо Марикото. 25.11.2011, 22:19: Михаил! Я бы вышел в суд от лица ПБ с заявлением об оспаривании решения Правового управления администрации МО.

Михаил. 26.11.2011, 09:15: Спасибо за дельный совет, как-то в голову не приходило. Сомнения остаются: а вдруг не сочтут наши интересы нарушенными, но попробовать можно. Вот только дождусь ответа прокурора области, если опять отписка, сразу в суд. А каковы, на ваш взгляд, перспективы отправки заявления пациента в КС? Обязательно ли наличие адвоката или можно приписать ходатайство о рассмотрении дела в отсутствие заявителя, ведь я не адвокат и не имею степени по юриспруденции.

Джульермо Марикото. 26.11.2011, 13:27: Михаил! Решением Опекунского совета было рекомендовано ООиП возложить обязанности по осуществлению опеки на психиатрическое учреждение, в котором находится недееспособный. При этом психиатрическое учреждение само инициировало на Опекунском совете этот вопрос. Поэтому психиатрическое учреждение действует в своем законном интересе. Если ПУ не обладает правами юридического лица, то привлекать к суду необходимо администрацию муниципального образования. Советую для начала написать заявление об оспаривании решения органа местного самоуправления в лице ПУ и подать его в порядке гл. 25 ГПК РФ. Не пропустите 3-месячный срок обращения в суд, хотя ст. 256 ГПК сформулирована некорректно, и срок этот относится к гражданину, а не к организации. Но во избежание отказа лучше уложиться в 3-месячный срок. Если судья усмотрит спор о праве, то придется предъявлять в суд исковое заявление.

Получите у главврача доверенность на представление интересов психиатрического учреждения в суде. Исходя из принципа доступности правосудия в РФ, а также анализа ст. 53 ФКЗ “О КС РФ” следует сделать вывод о том, что при обращении заявителя с

² Представители НПА России, входившие в комиссию по разработке Закона о психиатрической помощи и составившие ее третью часть, активно протестовали против исключения из законопроекта пункта о праве психиатрического учреждения защищать интересы пациента в суде, однако не были поддержаны другими ее членами.

жалобой в КС РФ и ее рассмотрении в КС РФ он не обязан иметь представителя. Если же заявитель хочет иметь представителя, то им может быть только адвокат либо кандидат или доктор юридических наук. Как следует из ст. 53 данного Закона, стороны или их представители обязаны явиться по вызову Конституционного Суда Российской Федерации, дать объяснения и ответить на вопросы. Неявка стороны или ее представителя в заседание Конституционного Суда Российской Федерации не препятствует рассмотрению дела, за исключением случаев, когда сторона ходатайствует о рассмотрении дела с ее участием и подтверждает уважительную причину своего отсутствия. Таким образом, заявитель вправе подать ходатайство о рассмотрении его жалобы в его отсутствие. Это не запрещено указанной нормой и не является препятствием для рассмотрения дела. Заявителем должно выступить недееспособное лицо, а не Вы, Михаил. Что касается возможности признать неконституционной ст. 222 ГПК, то это очень сложный вопрос, требующий тщательного анализа законодательства. Поэтому от ответа на него воздержусь.

Михаил! Раз недееспособный пишет заявления и жалобы, то почему бы не обратиться в суд с заявлением о восстановлении дееспособности? Тогда разом все проблемы решатся.

Валентина. 26.11.2011, 15:04: Михаил, а почему бы просто не проинформировать ООиП о том, что курс лечения завершен и дальнейшее пребывание в учреждении нецелесообразно? За три дня пишете, что он готов к выписке и указываете, чтобы они его забрала, тем более, что у него есть имущество. У нас делается так, и волей неволей они уже отстранят опекуна.

Михаил. 26.11.2011, 16:13: Думаю об этом постоянно, не хочется срываться на явный “беспредел”. Не погрешив против истины, нельзя признать этого гражданина “не нуждающимся в лечении в условиях психиатрического стационара”. Такой вариант, рассматриваю как крайний, ибо и так полно желающих приписать психиатрам решения “как левая пятка захочет”. Тут уж слишком очевидные проявления болезни, хотя, это не лишает его, на мой взгляд, и на взгляд врачебной комиссии, способности понимать ситуацию с опекуном. И ещё, когда пациента можно выписать домой, а опекун препятствует, я в жалобу добавляю пункт о грубом ущемлении прав пациента необоснованной госпитализацией в психиатрический стационар.

Валентина. 26.11.2011, 16:56: У нас такие ситуации часто бывают, когда нас предупреждают о выписке в 3 дня. Тогда мы трясем опекуна и срочно человека ставим на социальное обслуживание. Я считаю этот путь легче, чем оспаривать решение органов местного самоуправления.

Михаил. 27.11.2011, 20:26: признать человека дееспособным вряд ли получится (клиника сохраня-

ется), хотя я использую выражение “он написал”, фактически пишу я, ибо пациент, к сожалению, не может сам формулировать свои жалобы в юридических терминах и провести анализ нарушенных в отношении него норм права (подписывает он, при этом читает и спрашивает, если есть вопросы). Пациент предъявил мне проблему, что опекун его не навещает и не носит передачи, конечно, пациенту это неприятно, он хотел бы решить эту проблему. Мною были предложены варианты: подождать, пока дочь придет (пациент не хочет); связаться с дочерью и попросить её выдать кому-либо доверенность на исполнение обязанностей опекуна (этот вариант не удался); и попробовать обжаловать действия дочери в орган опеки, вплоть до отстранения опекуна (его и осуществляем). Максимально подробно описал пациенту все перипетии, возможные последствия и т.п. Теперь работаем в этом направлении. Про обоснование своего интереса понял, попробуем. Срок, надеюсь, не пропустим, поскольку у прокурора меньше времени на ответ. Доверенность у меня постоянная, я пару раз в месяц точно сужусь от учреждения. Про ст. 222 согласен, за тем и пойдем в КС, там разъяснят всю правду. Заявителем, естественно, будет пациент.

Комментарий адвоката Дмитрия Бартенева: Дискуссия, развернувшаяся на форуме Независимой психиатрической ассоциации России вокруг того, может ли недееспособный гражданин обратиться с заявлением в суд от своего имени, вскрывает гораздо более серьезную проблему, с которой сталкиваются тысячи людей с нарушениями психического здоровья в России. В данной ситуации у недееспособного гражданина формально имеется опекун (его дочь), который отказывается помогать своему подопечному прежде всего в том, чтобы тот вышел из психиатрической больницы, где он находится в настоящее время, судя по всему по так называемым “социальным” показаниям. Именно это является ключевой проблемой, которую пытается решить больница, и самому пациенту повезло в том, что в этой ситуации именно больница, его лечащий врач, помогают ему отстаивать свои права. Однако на наш взгляд исключительно важно, чтобы именно больница заняла в этой ситуации принципиальную позицию и добивалась выписки пациента из стационара под надзор органа опеки и попечительства, а также социальных служб по месту жительства. Если основания для недобровольной госпитализации отсутствуют, а сам пациент не желает оставаться в стационаре, то прямая обязанность больницы выписать его с обязательным предварительным уведомлением органа опеки и попечительства — в этом мы полностью согласны с замечанием одного из участников дискуссии. Это требование в полной мере касается и недееспособных пациентов: ни отсутствие опекуна, ни ненадлежащее исполнение опекуном своих обязанностей, ни иные социальные факторы не могут оправдать нахождение в больнице пациента против его воли,

Опять нарушения прав граждан, признанных недееспособными, или как обойти статью 222 ГПК РФ?

если для этого нет медицинских показаний, предусмотренных ст. 29 Закона РФ “О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании”.

Что касается того, может ли в настоящем случае психиатрическая больница обратиться в суд от имени самого пациента, то, на наш взгляд, это вполне допустимо на основании п. 4 ст. 35 Гражданского кодекса РФ. Признание больницы в качестве опекуна недееспособного пациента не зависит от решения органа опеки и попечительства, а также от прекращения полномочий опекуна — физического лица, такой статус возникает в силу закона в случае помещения под надзор в медицинскую организацию. Хотя закон не определяет того, что такое помещение “под надзор”, в данной ситуации, учитывая нахождение пациента в больнице более полутора лет, доказать этот статус в суде вполне возможно. На наш взгляд, именно такой путь отстаивания интересов пациента является наиболее логичным и юридически обоснованным, и поэтому мы не можем согласиться с тем, что больница может действовать в своем интересе, требуя возложения на нее полномочий опекуна. У больницы нет и не может быть самостоятельного интереса в осуществлении опеки, поскольку целью признания за больницей

такого статуса является исключительно защита прав и интересов самого пациента, а не больницы. Кроме того, как уже было отмечено, такой статус возникает в силу закона, а не на основании распоряжения органа опеки.

С другой стороны, интерес больницы в обжаловании действий органа опеки и попечительства может заключаться в том, что последний не предпринимает необходимых действий для выписки недееспособного подопечного, что приводит к фактическому выполнению стационаром функций учреждения социального обслуживания и нецелевому расходованию бюджетных средств. Что касается возможности обращения в суд самого гражданина, то, действительно, абзац третий статьи 222 Гражданского процессуального кодекса РФ требует от суда оставить такое заявление без рассмотрения и это может быть предметом оспаривания в Конституционном Суде РФ. Однако есть примеры судебной практики, когда суд принимает к рассмотрению заявление недееспособного гражданина об оспаривании действий органа опеки и попечительства на основании статьи 46 Конституции РФ, гарантирующей каждому судебную защиту его прав и свобод. Такой точки зрения придерживается, в частности, Ленинградский областной суд.

ПЯТАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ МЕЖДУНАРОДНОГО ОБЩЕСТВА ПО БИПОЛЯРНЫМ РАССТРОЙСТВАМ

14 – 17 марта 2012 г., Стамбул, Турция

www.isbd2012.org

ПЕРВЫЙ ЕВРАЗИЙСКИЙ КОНГРЕСС ПО БИОЛОГИЧЕСКОЙ ПСИХИАТРИИ

27 – 31 мая 2012 г., Стамбул, Турция

www.biologicalpsychiatry-istambul2012.org

ИСТОРИЯ ПСИХИАТРИИ

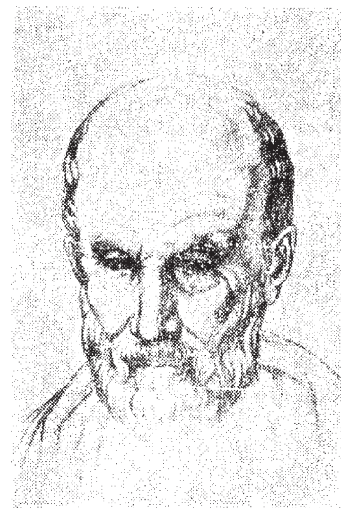


Клятва Гиппократа

К 130-летию со дня рождения проф. П. М. Зиновьева

Клянусь

*Аполлоном врачом, Асклеием, Гигией и Панакеей и всеми богами и богинями, беря их в свидетели, исполнять честно, соответственно моим силам и моему разумению следующую присягу и письменное обязательство:
считать научившего меня врачебному искусству наравне с моими родителями, делиться с ним своими достижениями и в случае надобности помогать ему в нуждах; его потомство считать своими братьями, и это искусство, если они захотят его изучать, преподавать им безвозмездно.*



В этой работе мы продолжаем исторические исследования (с 2007 г.) личности и творчества профессора Петра Михайловича Зиновьева, одного из учителей и воспитателей Московской психиатрической школы, положившего основательный камень в фундамент школы академика А. В. Снежневского (2).

Его жизнь отличали удивительные черты: моральное влияние безупречной жизни как воспитательного примера, доблесть и благородство не просто в метафорическом смысле этих определений, громадный жизненный и военный медицинский опыт, культурный кругозор, стремление к научной истине и неподвластность околонучной, клановой конъюнктуры. При совершенном знании классической мировой пси-

хиатрии источник истины для него — в клинике, в самом пациенте.

Вместе с тем в процессе исследования открылся удивительный парадокс творческой судьбы ученого-психиатра П. М. Зиновьева. Он заключается в загадочном вычёркивании его масштабной роли из истории отечественной психиатрии, благодаря которому его имя было предано забвению. Вытеснение памяти об учёном и ближайшем соратнике П. Б. Ганнушкина действует до сих пор и выражено в школе проф. Ганнушкина. Даже на его кафедре в клинике Корсакова он забыт, и на стендах её легендарной истории нет ни слова о П. М. Зиновьеве.

А между тем, “П. М. Зиновьев” — единственный самый близкий соратник (1) и “правая рука” Ганнушкина в написании “Клиники психопатий”. Именно так — р а з р я д к о й — выделил имя П. М. Зиновьева сам П. Б. Ганнушкин в Предисловии к первому, но уже посмертному изданию “Клиники психопатий”, подчёркивая, что “без его участия в этом деле мы бы не справились с этой задачей”. Кажется, каждое слово этих посмертных строк свято для учеников как завещание Учителя? Отнюдь! И это подчёркивание разрядкой почему-то изымается из исторических публикаций главными редакторами, учениками школы П. Б. Ганнушкина с 1964 года и до сих пор (6, 8).

П. М. Зиновьев — автор одной из первых советских монографий по психиатрии (7) и ряда патографических исследований великих русских писателей, включая недопущенную цензурой блестящую патографию Гоголя.

Энциклопедически образованный ученый, написавший в Большую Медицинскую Энциклопедию намного больше ста работ. Только в 1-м, пионерском издании БМЭ (1928 – 1936) — их свыше 90; из них — 40 приведенных в авторском списке статей по основополагающим вопросам психиатрии, её истории, психопатологии, патопсихологии и смежных дисциплин плюс “свыше 50 мелких работ”, указанных в этом списке цифрой. Однако ни в одном из 3-х изданий Большой Советской и Большой Медицинской Энциклопедий нет персональной статьи о проф. П. М. Зиновьеве, хотя никто из советских психиатров не написал в эти энциклопедии даже близко соизмеримого количества статей.

Но пришла пора собирать камни и восполнить пробел в истории отечественной психиатрии. И это сделано наследницей БСЭ — Научным издательством “Большая Российская Энциклопедия” в 30-ти томах, — включившем в 10-й том персональную статью (2), которую надлежит привести здесь.

“Зиновьев Пётр Михайлович (22.6.1882, Крапивна — 25.1.1965, Москва) рос. психиатр, психопатолог; один из организаторов внебольничной психиатрической помощи в СССР. После окончания мед. факультета Моск. Ун-та (1907)¹ работал психиатром в Москве; участник 1-й мировой войны. Ассистент, приват-доцент психиатрии 2-го (1920 – 25) и 1-го (1925 – 30) МГУ; проф., зав. кафедрой психиатрии Азерб. мед. ин-та (1936 – 1939), старший научн. сотр. Ин-та психиатрии АМН СССР (с 1945) и консультант Центр. ин-та экспертизы трудоспособности инвалидов в Москве. Автор работ по основным вопросам психиатрии, общей психопатологии и

¹ В связи с недостаточностью в тот период времени документальных биографических данных 1907-й год окончания П. М. Зиновьевым Моск. Ун-та в БРЭ был указан по неточным данным Журнала им. Корсакова как “1908” (2).

смежных дисциплин, в т.ч. первой изданной в СССР монографии по психиатрии (1927). После смерти П. Б. Ганнушкина ведущий представитель в области т.н. малой психиатрии. Выделил 3 осн. формы течения шизофрении — приступообразную, приступообразно-прогредиентную, неуклонно-прогредиентную (1927); предложил понятие “вялотекущая шизофрения” вместо менее четкого понятия “мягкая шизофрения” А. Кронфельда. Награжден Орденом Ленина”.

Его ранее неизвестное исследование полувековой динамики показателей шизофрении по данным Московской психиатрической больницы им. Яковенко (1950 г.), предвосхитившее зарождение отечественного клинко-эпидемиологического направления исследования эндогенных психозов, было опубликовано в Журнале им. П. Б. Ганнушкина (5). А в одном из недавних его выпусков впервые увидели свет его воспоминания о П. Б. Ганнушкине, охватывающие плодотворный период деятельности учёного, начиная с его первых лекций приват-доцента кафедры психиатрии Московского Императорского Университета и оканчивая последним годом его жизни (1933).

Но поистине уникальная роль в восстановлении исторической памяти о проф. П. М. Зиновьеве как Учителе и научном руководителе принадлежит проф. А. Г. Гофману. Он щедро делился со мной воспоминаниями во время неоднократных встреч, начиная с 2007 года и включая недавние беседы весной и осенью 2011 года.

Знаменательная встреча проф. А. Г. Гофмана с внуками Учителя Алексеем Павловичем и Николаем Павловичем Зиновьевыми состоялась ранним утром 30 сентября 2011 г. в просторном и светлом кабинете учёного. Напротив рабочего стола на верхней полке книжного шкафа часы отстукивали время истории, а по обе стороны их с фотографий на нас смотрели ясные глаза Учителя.

Искренние свидетельства как живые непосредственные воспоминания прямого ученика во время встреч и бесед в Московском НИИ психиатрии были записаны мною на диктофон и отредактированы Александром Генриховичем.

Ранее они были опубликованы лишь частично: в статье о проф. Зиновьеве в Независимом психиатрическом журнале (3) и “Вступительной статье” к переизданию его книги “Душевные болезни в картинах и образах” (4). Но когда ни обратиться с этой темой к Александру Генриховичу, он всегда готов рассказывать о проф. Зиновьеве, свободно говоря о нём и цитируя его прямую, афористическую речь в настоящем времени. Удивительное впечатление, будто это не процесс припоминания как извлечение информации из кладовой памяти весьма далеких дней, а живой образ Учителя, который и сейчас живет в душе ученика — ж и в ё т — потому что говорит и действует. С ним перекликаются и сверяются священные принципы великого искусства, которым почиталась медицина в

античности (“Ведь врач-философ равен богу” — Гиппократ), и, прежде всего, те вечные ценности врачебного призвания, которые отчеканены в “Клятве Гиппократа”. Отсюда родилось название нашей статьи.

Профессор А. Г. Гофман приветствует каждого посетителя как гостя, вставая навстречу ему из-за своего профессорского стола, а по окончании визита неизменно провожает и вызывает лифт. И даже эту рукопись, воспроизведенную по диктофонной записи,

тщательно правит не чернилами, а — бережно — простым карандашом, “как это всегда делал Учитель”.

22 июня 2012 году исполнится 130 лет со дня рождения проф. П. М. Зиновьева.

*Виктор Остроглазов,
доктор медицинских наук,
член Российского научного общества
историков медицины*

Воспоминания профессора А. Г. Гофмана об Учителе



Я познакомился с Петром Михайловичем, когда был клиническим ординатором на кафедре психиатрии 2-го Московского Медицинского Института (теперь, РГМУ) с 1948 по 1951 год. Тогда в клинической ординатуре учили основательно и три года, а не два и не так, как теперь. Директором был академик Гиляровский. Он же был и директором Института психиатрии АМН СССР. А всё это было на одной базе — на базе больницы имени Соловьёва на Донской. И В. А. Гиляровский просил Петра Михайловича консультировать в одном из отделений больницы.

И вот тогда я и встретился с ним. Я вёл больных, показывал их Петру Михайловичу, и меня поразила, конечно, удивительная деликатность его. Она касалась всего. Скажем, он удивительно беседовал с больными. Удивительно — для того времени. Он очень их щадил. Скажем, если у больного была любовница, он всегда говорил в о з л ю б л е н н а я . Хотя это была такая “возлюбленная”, которую теперь иначе как “шлюхой” не называли бы. “Воз-люб-лен-ная !”.

Если вставал вопрос об употреблении спиртного женщиной, а рядом была женщина и еще врачи, то он для того, чтобы это прояснить, произнёс удивительную фразу: “Вы, конечно, меня извините, Вы когда-нибудь пробовали рюмку водки выпить?”. Я думал, что она пробовала не только рюмку водки, но, с его точки зрения, такой вопрос женщине просто так нельзя задать потому, что, если женщина пьет водку, это — достаточная характеристика.

Он вообще производил впечатление человека XIX века: вот такой русский интеллигентный врач, который всегда вежлив и всегда соблюдает все приличия, принятые в обществе.

Но особенно интересно было его отношение к диагностике. Я ему показывал одного больного и спрашивал: “Петр Михайлович, что Вы скажете о больном?” Он не назвал диагноз, он сказал: “Холодный, пустой аутист”. Знаете, а тогда я, — все же, клинический ординатор, которому, вот, вынь да положь диагноз — тогда я понял, что для него не диагноз главное, я усвоил, что главное — в общем, судьба больного. Что мы напишем — это другое дело.

Он всегда спрашивал, когда формулировали диагнозы: повредит больному или не повредит больному? Это была принципиальная позиция. Диагноз — не для диагноза. Это, так сказать, наука, а есть больной человек, личность, которая с этим диагнозом может пострадать, а может и не пострадать. У Петра Михайловича это было всегда заметно. Иногда он говорил так: “Ну вот, не будем мы ставить диагноз шизофрении — всё шизофрения и шизофрения! Даже скучно от этого бывает”. А на самом деле, речь шла о том, что этот ди-

агноз может помешать больному в жизни. И он это прекрасно понимал. И этому учил нас.

В академическом Институте психиатрии тогда работали многие необычайно разносторонние и преданные своему призванию ученые-психиатры, обладавшие редкой клинической интуицией, люди высочайшей культуры, владевшие европейскими языками. Однако, никто не мог сравниться по авторитету ученого, клинициста со скромным проф. Зиновьевым, не занимавшим высоких должностей. Наиболее способные молодые психиатры считали, что консультироваться и учиться в первую очередь нужно только у Петра Михайловича. Так считали и Р. А. Наджаров, и Н. Г. Шумский и многие другие. Все высоко ценили консультации и клинические разборы проф. Зиновьева. Его порядочность и безупречная честность были неотъемлемыми чертами его личности. Он считался воплощением совести и традиций русской психиатрии, и это определяло отношение к нему всего психиатрического сообщества.

Но он был очень принципиальным в научных вопросах человека. Скажем, было такое заседание, где говорили о наследственности, о наследственности при шизофрении. И в качестве человека, отрицавшего значение наследственности, выступал невропатолог, который ничего в наследственности не понимал. Для него наследственность воспринималась так: вот, если один человек болен шизофренией и еще следующее поколение, то, значит, наследственность в болезни есть, а если в роду не было больных, то значит, это не наследственное заболевание. Это, конечно, было очень примитивное суждение. Но в то время, когда еще вся генетика была загнана в подполье, можно было и это говорить.

После заседания мы вышли с Петром Михайловичем, — это было еще на территории больницы Алексеевской (тогда им. Кашенко). Он говорит: это абсолютно бессмысленное обсуждение, все давным-давно решено, есть великолепные работы, есть специальные исследования, проделанные немцами; он сослался на Люксембургера и еще на ряд других ученых. Вообще, говорит, вопрос о наследственности можно решить в течение получаса. Я говорю, Петр Михайлович, а как? — “Вы знаете, что есть т.н. родительский день на территории больницы Кашенко — когда приходят родственники. Вот, посидите и посмотрите, кто приходит, и вопрос будет решен”. Очень наблюдательный старый психиатр, он сказал: ну, конечно, достаточно, действительно, прийти и посмотреть, сразу понятно, наследственное или не наследственное заболевание. Но, вот, такие споры, с криками — это было ему абсолютно чуждо. Вот, если были аргументы, то это было всегда для него очень существенно и важно.

Конечно, крайне интересны были его диагностические суждения. Но тогда ещё не была введена классификация, которую потом разработал А. В. Снеж-

невский. И, вот, однажды Петр Михайлович, когда я ему докладывал больного, говорит: Ну, вот, как Вы думаете, какая форма шизофрении? — Я говорю, параноидная. — А он мне: а какая параноидная?

Для меня это тогда было абсолютно непонятно, потому что этого не было ни в учебниках, ни в лекциях: шизофрения параноидная и параноидная, и всё. И тогда он мне рассказал, что есть разные параноидные формы. И перечислил несколько вариантов параноидной шизофрении. Одну, вот, классическую, непрерывно эволюционирующую маньяковскую форму. Потом ещё одну, которая очень злокачественно течет, в молодости начинается и кончается очень скоро слабоумием. Затем, ещё одну — приступообразно текущую параноидную. И он даже сказал о благоприятно, вяло текущих формах, где также может быть параноидная симптоматика.

В. О. Удивительно! Четыре формы течения только параноидной шизофрении! А три основные формы течения шизофрении Пётр Михайлович выделил уже в 1927 году (7).

А. Г. Пётр Михайлович был глубоко убежден в том, что, конечно, многое определяется в течении болезни внутренними, эндогенными факторами. Но он же мне рассказал следующее: “Вот, есть такое мнение, что, скажем, половая жизнь, замужество может улучшить течение шизофрении. Это считается предубеждением, но я видел случаи, когда замужество и даже роды, резко — с рождением ребенка — резко улучшали состояние больных женщин”. То есть, он и тогда допускал, что психологические и психобиологические факторы в определенной, конечно, части случаев, могут положительно сказаться на течении процесса. Вообще, редко кто тогда такое говорил, но его колоссальный опыт позволял ему утверждать даже такие вещи.

И еще очень интересно было: он как диагност был очень интересный человек. Уже на территории больницы им. Кашенко я однажды ему показывал больного. Я не мог понять, откуда астеническое состояние? Но я знал, что он занимался очень много проблемой астений и статьи писал. Значит, у этого пациента — астения и астения. Но ни травмы не было в анамнезе, ни перегрузок каких-то. Но возникла астения, непонятно откуда. Пётр Михайлович не очень долго беседовал с больным. А потом мне говорит: да, с моей точки зрения, это — начинающийся прогрессивный паралич. Начальная, инициальная стадия. Надо взять кровь, сделать все необходимые исследования. Кровь взяли, люмбальную пункцию сделали. Он оказался прав: прогрессивный паралич.

Конечно, только психиатр, который работал в то время, когда было много случаев этого заболевания, вот так, по каким-то деталям мог установить диагноз. Я был поражен этим. То поколение психиатров знало эту патологию. А он-то клиницист был очень тонкий.

А. П. Зиновьев: Что касается Ленина, Пётр Михайлович говорил о прогрессивном параличе...

А. Г. Да, но в этом отношении я с ним о Ленине никогда не говорил. Ведь тогда была довольно распространена эта точка зрения — кто-то из патологоанатомов еще констатировал — что там есть сифилитическое поражение головного мозга. Но были и другие точки зрения, что это тяжелое неспецифическое поражение сосудов мозга.

Но, вот, интересны были его высказывания об отдельных крупных психиатрах. Ну, например, В. А. Гиляровский был известен тем, что в силу своей подозрительности постоянно избавлялся от сотрудников, наверное, как от конкурентов. Всю жизнь это происходило. Но он был академиком, а они были такие же ему “конкуренты”, как я, сейчас, президенту: смешно просто было. А при его подозрительности это было вполне допустимо.

И вот, в отношении этого Пётр Михайлович сказал, конечно, и Ганнушкин, — а он с ним работал достаточно долго — был не очень здоровым человеком, но подобных вещей никогда не допускал. Пётр Михайлович говорил, что Ганнушкин перед тем, как читать лекцию, ходил и какие-то ритуальные делал движения, что-то такое делал. То есть был человек с какими-то обсессиями и даже, может, с ритуалами.

Однако для Петра Михайловича наличие психического заболевания совсем не означало, что человек может делать всё, что угодно. Хотя он считал, что и Василий Алексеевич Гиляровский — тоже не очень здоровый человек. Он мне даже рассказал нечто вроде анекдота, ходившего в то время, о замкнутости Гиляровского. И еще, как В. А. Гиляровский однажды встретился с кем-то на улице Погодинке. Василий Алексеевич шёл и вот так глаз держал рукой. Ему говорят: соринка попала в глаз там, на Донской. И через всю Москву он прошёл вот так, чтобы прийти к главному врачу.

Гиляровский был очень необычным человеком. Я в эвакуации, когда был с отцом в Омске, спрашивал его, что делает вот этот пожилой человек, который ходит и так делает рукой всё время. Отец, говорит, хе-хе, да ты спроси его! А потом Гиляровский стал делать вот-так, — это был уже другой ритуал. А ещё он говорил “шизо-так сказать-френия”, ха-ха! И все привыкли к этому: делай так, делай этак! Но, вообще лучше всех его копировал Ромасенко, он прекрасно показывал “шизо-так сказать-френию” с присущей Гиляровскому картавостью.

Потом, Пётр Михайлович, когда речь шла об отношении врач и больной, был глубоко убежден, что больным надо верить. И в качестве примера привёл проф. Е. К. Краснушкина. Он говорил, да, Краснушкин — человек, который никому не верил, и больным тоже, но, конечно, он эксперт удивительный, потому что его нельзя обмануть. Но Петр Михайлович всегда

подчеркивал: больным надо верить. Вот, это было его особое отношение к душевнобольным людям.

Вообще, что касается личности Петра Михайловича, пожалуй, самое главное, что и в подлые времена он был абсолютно порядочный человек. И всё, что там ни происходило, он ко всему относился как интеллигент, настоящий русский интеллигент. Вот это всё, что там устроили, разные вакханалии в политике и в науке не отвлекали его от главного: вот есть больной, и он обязан ему помочь, и он это должен делать, а все мерзости лучше не вспоминать. Ведь что происходило в его жизни? Бывшего мужа дочери расстреляют как врага народа. Её ссылают на 10 лет в Магадан. Вынести это было очень непросто. Но ведь он не был озлобленным человеком.

Мировоззрение? В партиях Пётр Михайлович не состоял. О вере никогда не говорил: такое время было. Даже воцерковлённый проф. Д. Е. Мелехов, сын священника, вынужден был скрывать вероисповедание Поэтому я не знаю мировоззрения Петра Михайловича. Но я бы не удивился, если б узнал, что он — верующий человек. Один раз он мне сказал: “Слово Бог по-русски надо произносить мягко — Бо-о-гх-х”. У проф. Зиновьева был очень тонкий филологический слух, и так вряд ли мог сказать атеист. К жизни он относился, наверное, философски.... Стоит отметить и отсутствие распространённых вредных привычек...

А. П. Зиновьев. Да. Пётр Михайлович не курил и не пил водки. Дома у него была собственная маленькая рюмка для торжественных случаев.

А. Г. Иногда у меня были с ним беседы и по поводу чисто политических дел. Вот, когда возник этот пресловутый Карибский кризис, мы с ним беседовали, и он говорит, что, конечно, это позор: не должен глава большого государства давать истерические реакции. То есть, для него всё, что тогда сделал Хрущёв — просто истерическая реакция, недопустимая, потому что это могло кончиться жуткой мировой катастрофой. Такова была его оценка.

Он редко высказывался на политические темы, прекрасно понимая время, в какое мы жили, и что за этим могло последовать. Но как-то мне сказал о том, что слушает зарубежное радио, в том числе английское. И сетовал, что, когда это английское радио, — а он не в таком совершенстве знает английский, как немецкий и французский, — то иногда ему трудно уловить, если они говорят на своем политическом английском. Так что, он был в курсе всего, что происходило в мире.

Очень интересно он мне сказал как-то, когда мы говорили о книгах, он сказал удивительную вещь. Вот, говорит, энциклопедия — конечно, это очень хорошо. И немецкая, многотомная, да. Но, говорит, я Вам должен сказать, что энциклопедия, вот, когда том приходит, читаешь, а дальше почти никогда не обра-

щасься к ней. А, вот, книги гораздо ценнее, полезнее, потому что к ним чаще обращаешься.

А однажды он мне с большой горечью сказал, что у него нет “Клиники психопатий” Ганнушкина. Мы тогда с ним заговорили об этом. Он мне сказал: “Первую часть, статику психопатий писал я, а вторую часть — Ганнушкин”. Мне было это очень интересно, я ему говорю: “Пётр Михайлович! Вот, в первой части описаны больные психопатией. Вы, сейчас, таким больным, описанным как шизоидная психопатия, ставите диагноз шизофрении. А почему там это описано как “психопатия”?”. Он ответил: “Значит, такое задание было от шефа”. Ха! Вы, понимаете? Ну, вот, я думаю, что он рассказал всю правду.

В. О. Правдой будет сказать, как лет 25 назад я показал самому компетентному историку советской психиатрии, исследователю творчества П. Б. Ганнушкина и автору книги о нём Анатолию Геришу (моему другу и однокашнику, ныне покойному) фотографию неизвестного мне старого психиатра. И Анатолий Григорьевич сказал, это — проф. Пётр Михайлович Зиновьев, который в действительности написал “Клинику психопатий” Ганнушкина, по крайней мере, её большую часть, и который в самом начале 30-х гг. ввёл понятие “вяло текущей” формы шизофрении².

Однако и теперь есть ученые психиатры, которые выступают против публикации объективной информации, препятствуют её открытому обсуждению и просто вычеркивают эти строки. И немало сомневающихся.

А. Г. Гофман. Кто сомневается, пусть прочтёт “Статику” и “Динамику” психопатий и сравнит их содержание и стиль. В “Статике” — узнаваемый неповторимый стиль Петра Михайловича Зиновьева, совершенно несвойственный проф. П. Б. Ганнушкину. Да. Всё у него написано удивительным языком, и всегда все говорили, что так, как он писал, писал редко кто. Он писал удивительно. И, вот, некоторые его обороты речи, они удивительны, они настолько нестандартными были для той массы публикаций, настолько, что сразу было видно, вот это — текст Петра Михайловича. Он мог бы быть и писателем.

А. П. Зиновьев: У него жена была врач. И она тоже говорила, что Петр Михайлович своеобразно всегда писал, не так, как обычно пишут научную работу.

² С начала 30-х годов диагноз “вяло текущей” формы шизофрении был распространен в московской психиатрии. Раздельное написание “вяло текущей шизофрении” применялось до 50-х годов. См. напр., сборник Трудов 1-й Московской психиатрической больницы (старейшая Преображенская больница на Матросской тишине). Выпуск первый. Под редакцией М. А. Джагарова, Н. С. Васильевой, С. Г. Жислина, Е. Н. Каменевой. Москва, 1938 год. (примеч. В. Остроглазова)

А. Г. Это сразу видно, оформление было другое. По-видимому, он придавал большое значение и тому, как была написана работа. Не только содержанию, но и как это было сделано. Уж очень изящный стиль. Что бы он ни написал — любую статью!

А. П. Зиновьев. У деда была превосходная библиотека, которую начали собирать еще в 19 веке. Там была почти вся классика, и отечественная и зарубежная, очень много было книг на иностранных языках. Дедушка в совершенстве владел французским, немецким, хорошо знал английский и испанский языки. Немецких философов и книги по психиатрии, которые Петру Михайловичу присылали из Германии, читал в оригинале. Вообще он был очень высокообразованным и разносторонне развитым человеком.

А по поводу “Клиники психопатий” Ганнушкина... у нас в архиве есть письмо вдовы Софьи Ганнушкиной от 17 марта 1937 года, в котором она пишет П. М. Зиновьеву: “Не сегодня, завтра, Вы получите от Вейнберга или Каганова из Медгиза предложение написать предисловие ко второму изданию “Клиники Психопатий” Петра Борисовича и просмотреть книжку, не подлежит что-нибудь изъятию... Тогда он (Вейнберг) спросил меня, не имею ли я возражений, если он обратится к Вам с предложением написать предисловие. Я ему ответила, что очень рада этому, так как Вы помогали П. Б. писать книгу, подготавливали ему материал, и справедливо, чтобы Вы что-нибудь заработали...”

Что касается об изъятии чего бы то ни было, то я вообще не даю согласия на изменение текста... Очень прошу и Вас написать в таком же духе...”. Вот так всё было в действительности.

А. Г. А однажды Пётр Михайлович сравнивал себя — потому что был какой-то разговор о диагностике, о трактовке, и обсуждалось руководство, которое было написано одним из крупных советских психиатров — и он мне сказал: “А я не считаю себя менее компетентным как клиницист”. Потому, что тот автор больше занимался патологической анатомией и морфологией, общетеоретическими вопросами.

В. О. Наверное, это учебник психиатрии академика М. О. Гуревича?

А. Г. Михаил Осипович Гуревич, ну, да! И в том вопросе, — я уж не помню точно, в каком, — проф. Зиновьев отстаивал свою позицию клинициста аргументированно. А тот учебник не очень хороший, прямо надо сказать.

Всегда я видел, как Пётр Михайлович удивительно держится. Он был невероятно деликатным человеком. Понимаете, немисливо было представить, что этот человек, как это теперь говорят, может “локтями толкаться”. Он невероятно скромный, деликатный.

Пётр Михайлович очень интересно рассказывал мне и о дореволюционной жизни в больнице Кашенко, тогда Алексеевской на Канатчиковой Даче. Обычно, приезжали психиатры, делали обход. Потом собира-

лись у главного врача и обсуждали московские новости. А к часу дня приходил служитель и объявлял: “Лошади поданы”. И все направлялись домой. Он мне тогда и рассказал, что один из врачей не приходил, манкировал работой. Его вызвали в какое-то городское учреждение и говорят, в чем дело, почему на работу не ходите, манкируете своими обязанностями? А он отвечает: “А даль-то какая!”. Но тогда, действительно, нужно было ехать далеко. Москва-то была вся в пределах Садового кольца.

Петр Михайлович мне рассказал о том, как он проходил конкурс, чтобы стать ординатором Алексеевской больницы: “Я выиграл конкурс, хотя у меня был серьёзный конкурент, только потому, что он был глуховат. И он, и я знали иностранные языки, и он, и я имели печатные работы, но он был глуховат. И комиссия решила.

Но, говорил, вот чем было привлекательно для всех психиатров звание ординатора Алексеевской больницы! Если Вы вывешивали у себя такую вывеску, когда вели частный прием, — а вели частный прием все, — то лучшего невозможно было придумать. Ординатор Алексеевской больницы — это гарантированная практика. Настолько ценилась квалификация людей, которые занимали должность ординатора Алексеевской больницы.

А ещё, о материальном положении психиатров Алексеевской больницы. Он сказал, теперь (это были советские годы) можно об этом со смехом говорить, что один доктор, — я не помню фамилию, которую Петр Михайлович мне назвал — говорил о том, как он хочет провести лето. И этот доктор сказал следующее: этим летом я хочу подняться по Нилу вверх, а потом совершить еще какой-то круиз.

В то советское время не то, что подняться по Нилу вверх, а в Болгарию нельзя было выехать без каких-то заседаний в райкоме партии! А это — рядовой врач! Но и он мог себе позволить такой отпуск. Ну, и Пётр Михайлович мне рассказал о том, что очень обеспеченными были и старшие медсестры, и санитары, и весь остальной персонал.

Я тогда еще подумал, Пётр Михайлович преувеличивает, и побеседовал с теми, кто работал в Алексеевской больнице еще при царе. И вот, оказалось, мне санитар один говорил, что он получал такую зарплату, что еще 5 рублей в деревню отправлял. А старшая сестра — она знала, что было: на двух старших сестер выделялась одна упряжка. И в любой момент они могли поехать на ней куда хотели. Обслуживающий персонал жил тут же, при больнице. И для того, чтобы уйти, отпроситься со двора больницы, нужно было разрешение старшей смотрительницы.

Обеспечены были все очень хорошо. Насколько я понял, Петр Михайлович придавал этому большое значение. Если 20 лет проработал, то в 40 лет — на пенсию. Считалось признанным, что это профессионально вредно — контакт и работа с душевнобольными.

Все эти правила и медицинским управлением, и общественностью поддерживались. И он был глубоко убежден, что, действительно, это — вред и труд, причем, опасный труд — труд с нагрузкой на психику. И поэтому достойное вознаграждение таким и должно быть. Да, он считал, что организация психиатрического дела была очень хорошо продумана и очень хорошо поставлена.

Когда Пётр Михайлович мне сказал с грустью, что не может достать “Клинику психопатий” Ганнушкина, я бегал по всем букинистическим магазинам. Но, вот, нет, вы понимаете, её невозможно было достать. Потом, когда Петра Михайловича уже не было, переиздали эту книгу. “Избранные труды Ганнушкина”, и там была “Клиника психопатий” (6). А вот при жизни Петра Михайловича я так и не смог достать эту книжку, и мне всегда было неловко, зная, что эта книга наполовину им написана, а у него нет своего экземпляра. Как это получилось? Наверное, кому-нибудь дал. Кому-нибудь дал, ведь он деликатный человек, и если кто-либо попросил почитать, то он бы не отказал — это совершенно ясно. Он — соавтор этой книги, которая так широко тогда цитировалась.

Ну, вообще, воспоминания о Петре Михайловиче Зиновьеве — это очень светлые воспоминания. Это воспоминания о человеке, который своим обликом действительно воплощал то, каким должен быть психиатр.

Проф. Зиновьев очень своеобразно оценивал мировую психиатрическую литературу. Петр Михайлович считал, что серьезная психиатрия — это немецкая. А что касается французской психиатрии, высоко ценил её, но сравнивая их, говорил: “Есть опера и есть оперетта”. Он, конечно, прекрасно знал ее содержание, знал, что Маньян написал и другие классики французской психиатрии, но для него настоящая психиатрия, фундаментальная — это немецкая психиатрия.

Я еще общался с ним и когда писал кандидатскую диссертацию об алкогольных параноидах (защищенную в 1961 г. — 9). Когда я это сделал, я ему показал. Пётр Михайлович посмотрел. Сделал всего несколько замечаний — я бы, теперь, этой диссертации очень много замечаний сделал — это, конечно, была его деликатность. Но то, что он сказал, было очень точно и очень верно подмечено. Он сказал: “Ну, да, написано простым языком. Я это очень ценю. Писать нужно психиатрические тексты так, чтобы было ясно, чтобы не возникало сомнений в том, понимает ли сам автор то, что он написал? (А ведь были и такие психиатры) Понятно — это хорошо. Но, вот, это, это и это, — я Вас очень прошу, — Вы еще раз продумайте”. Ну, всё это я сделал. И на кандидатской диссертации написал, с его разрешения: научный руководитель — профессор Петр Михайлович Зиновьев.

Ну, вот — мои воспоминания. То, что я хотел вам рассказать о Петре Михайловиче.

А. П. Зиновьев. Александр Генрихович! А он никогда не рассказывал Вам о своем дореволюционном прошлом?

А. Г. Нет. Никогда.

А. П. Зиновьев: А Вы были на его панихиде в Кашенко?

А. Г. Нет! Никто не сказал! Вы понимаете, в моей жизни такое было несколько раз, когда, я не понимаю, как это прошло мимо меня... Я, скажем, очень был дружен с Р. А. Наджаровым. Проф. Наджаров умер — никто не сказал. Умер проф. Н. Г. Шумский, с которым мы долго общались, — никто не сказал! Я позвонил в Институт психиатрии, слушайте, проф. Шумский умер, Вы, что же, не сообщили? Отвечают, мы... не знали... Я говорю, как вот это происходит, что умирают люди, с которыми знаком, и никто не сообщает, ну, что ж это такое? Даже проститься с человеком нельзя?

Просмотр старинных фотографий из архива проф. П. М. Зиновьева:

А. Г. Пётр Михайлович — Царский офицер! Вот, почему, о войне он не говорил никогда! Никогда об этом он не говорил. Ну, конечно. Таким я Петра Михайловича не видел, эти военные фотографии, если сделаете копии, я буду очень благодарен!

А. П. Обязательно. А вот его награды за военную службу в Императорской армии. Вся его колодка была. ...Св. Владимира, Св. Станислава 3-ей степени, Св. Анны... Но он никаких наград никогда не носил, как и свой Орден Ленина.

А. П. А Вы знаете, что он сказал самому младшему сыну Павлу — моему отцу? Его сын Алексей в 18 лет ушел на фронт сразу, в первые же дни Великой Отечественной Войны, и погиб скоро, в августе или начале сентября под Выборгом. (Самый первый сын, самый старший по рождению, умер в детском возрасте, в 1922-м году). Остался единственный, младший сын, третий, — Павел, мой отец. И Петр Михайлович ему сказал так: я прошел всю Мировую, и ты пойдешь Родину защищать тоже. Хотя, уже до этого у него не осталось сыновей — последний остался, и всё. Как Вы говорите, в других отношениях он был мягкий, правильно, а тут? Принципиальный.

А. Г. Да, да. Это позиция. Я думаю, его абсолютно невозможно было склонить и в науке говорить не то, что он думал. Абсолютно... Патографию Гоголя он мне давал читать — блестящая патография, но её публиковать не позволили...

А. П. И еще, патографии Бестужева-Марлинского, Полевого, Глеба Успенского. Потом, после смерти моего папы мы стали разбирать архивы деда и там все это нашли.

А. Г. Петр Михайлович написал бесконечное количество статей в 1-е изд. Большой Медицинской Энциклопедии. Я тогда смотрел эту Энциклопедию и был поражен, как он работал — ведь такое огромное количество статей... Но его работы еще и очень содер-

жательны. Вы знаете, там нет того, что сейчас — информационного шума.

А. П. А это — не Н. К. Боголепов ли, он же был очень близкий друг Петра Михайловича? К нам часто приезжали всего два человека — академики — Н. К. Боголепов и П. С. Александров, крупный ученый математик³... Дедушка очень часто про них пишет в дневниках, “поехал к Боголепову”, “приехал Боголепов” и т.п. ...

А. Г. Скорее всего, это — Н. К. Боголепов, великолепный невропатолог, но он занимался и психиатрией... Боголепов писал такие книги, которые может писать только очень эрудированный человек, с огромными знаниями⁴...

А. П. Вот Наталья Петровна, старшая дочь Петра Михайловича, которая отсидела в Магадане 10 лет. После того как расстреляли мужа, поэта Ивана Приблудного, её на 10 лет сослали в Магадан. Петр Михайлович уехал тогда в Баку заведовать кафедрой психиатрии.

А. Г. Да. Как-то Петр Михайлович упоминал эту фамилию — Приблудный. Еще как-то он мне сказал о человеке, который проиграл или прокутил два состояния, и что-то это было связано с фамилией Приблудный... Но я могу и ошибиться...

А. П. Скорее всего, он. Бабушка мне рассказывала, что часто бывали у нас дома Есенин, Утесов и Приблудный ... они любители были хорошо погулять, и бабушка их иногда выгоняла..., раз после этого они попали в милицию, и дед ходил, их оттуда вытаскивал...

А. Г. Вот откуда Приблудный, который два состояния прокутил...

А. П. А эта фотография: они на даче. Своей дачи у них не было, и они снимали на лето, насколько я знаю.

³ Александров Павел Сергеевич (1896 – 1982) — математик, основатель научной школы по топологии, академик АН СССР (1953), Герой Соц. Труда (1959). Труды по теории множеств, теории функций. Сталинская премия (1943) (прим. В. Остроглазова).

⁴ Боголепов Николай Кириллович (1900 – 1980) — невропатолог, доктор мед. наук, академик АМН СССР, Герой соц. Труда, награжден 2-мя орденами Ленина, Главный невропатолог 4 Главного управления МЗ СССР. Сын священнослужителя, русский, в партиях не состоял. Отличался безукоризненной воспитанностью и подчеркнутым уважением к людям. Не курил, не пил водки. Перед смертью просил отпевать его в церкви (Новодевичий монастырь).

Совместная работа с проф. П. М. Зиновьевым в ЦИЭТИ-Не, в Невропсихиатрическом диспансере Киевского р-на Москвы (где Н. К. Боголепов был главным врачом до Великой Отечественной Войны), цикл публикаций результатов совместных исследований психических и психосоматических расстройств у больных энцефалитом (1939 – 1958 гг.), а так же, очевидное сходство происхождения, воспитания, социально-личностных, духовных черт и призвания послужили основанием их дружбы на протяжении десятилетий (прим. В. Остроглазова).

А. Г. У Петра Михайловича могли остаться фотографии о периоде его работы в Баку, он там кафедрой заведовал ... Что он мне об этом рассказал? Он мне рассказал следующее. Когда его пригласили на кафедру, он поставил условие, что он будет так же и главным врачом психиатрической больницы. Потому что обычно бывают всякие контры между главным врачом и кафедрой, и работать в таких условиях невозможно. И пошли на это условие! И он заведовал кафедрой, учил, читал лекции, и он же был там главным врачом.

А. П. И еще фото — группа ученых или врачей?

А. Г. Это в Корсаковской клинике, почти наверняка. Вот доктор, очень похожа на Груню Ефимовну Сухареву. Из этой клиники вышло огромное количество людей, которые потом занимали кафедры, работали, всё это делали, очень много профессоров. Видите, как мало психиатров-женщин тогда было, всего 3; в основном — мужчины. Теперь совершенно иначе. А вот эта фотография, вот таким я помню Петра Михайловича. Его улыбка такая, застенчивая.

И удивительно, все психиатры того поколения обладали удивительной способностью, моментально посмотрев на больного, сказать многое. И у Гиляровского были такие качества. Диагност он был удивительный. Я вам не рассказывал, как однажды он шел в больницу Соловьева по нижнему женскому отделению, а на диване сидела больная? Он проходит и говорит заведующей отделением: вот, у меня через две недели будет лекция по шизофрении, пожалуйста, вот эту больную приготовьте. Та говорит, Василий Алексеевич, я не знаю, может быть, это энцефалит? Он говорит, через две недели Вы это будете знать. А через две недели она была в ступоре. Вот, понимаете, он увидел в позе кататонические проявления и знал, как это быстро всё происходит. Вот, и Пётр Михайлович мог посмотреть очень тонко и сказать. Это, вот, школа! Школа настоящей отечественной московской психиатрии. Да!

Пётр Михайлович мне говорил: “Это сейчас говорят: шизофрения. А до того, как она появилась, мы всех больных называли кататониками. Ну, да, такого термина не было. Поэтому, вот, сейчас говорят “шизофреник”, а не “кататоник” А один раз Петр Михайлович сказал такую вещь. Он сравнивал двух психиатров, и сказал, что о них говорили при их жизни: одного называли “просто дурак”, а другого — “торжественный дурак”.

В. О. Кажется, об этом говорил Пётр Михайлович в своих воспоминаниях о П. П. Кащенко и сравнительной характеристике Якобием его и Яковенко?

А. Г. А, вот, оказывается, кто эти психиатры?

А вот здесь я опознал только Корсакова.

А. П. А вот фотография, которая всегда стояла у деда за стеклом, за его рабочим столом?

А. Г. Нет. Не знаю, к великому сожалению. Надо смотреть это по медицинским энциклопедиям, может там что-то удастся. Конечно, это очень сложно. А ведь каждый из них был, наверное, известный психиатр. А вот, это — это В. А. Гиляровский, еще молодой. Я такого Гиляровского не видел, я видел его пожилого, странного, чудного человека.

А. П. А вот — тесть и теща Петра Михайловича, моя прабабушка. Она была из очень богатой аристократической семьи. У них были заводы, фабрики, имения.

А. Г. Он же у себя на дому принимал больных. Когда в Москве стали создавать институт районных психиатров, то все эти психиатры принимали у себя на дому. Принимал и Петр Михайлович. Как-то он мне это сказал, но он не распространялся. Что, вот, он на дому принимал. Принимал, потому что никакого другого помещения не было.

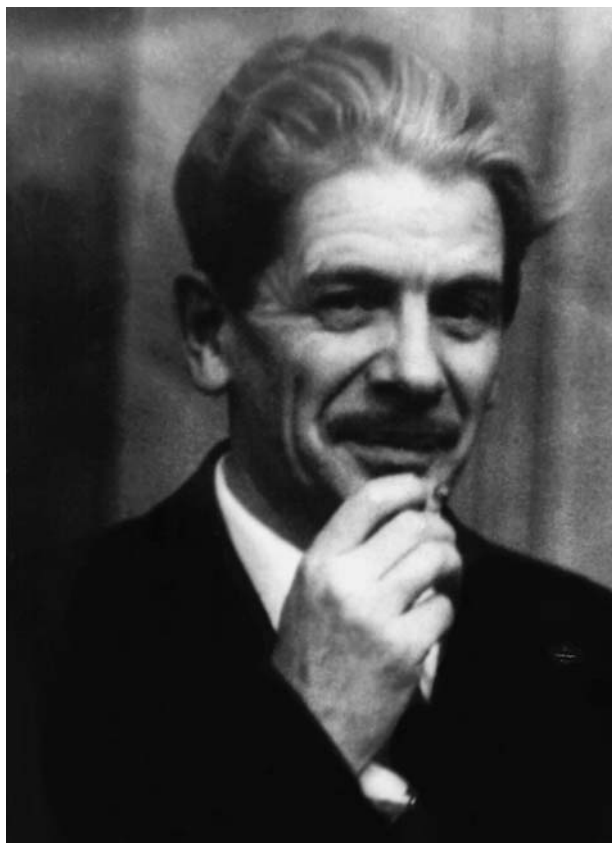
В начале моего поприща мне повезло, что я встретился с удивительно интеллигентным, благородным человеком, настоящим русским психиатром, воплотившим и передавшим нам высокие традиции гуманизма отечественной психиатрии.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Герши А. Г.* П. Б. Ганнушкин (с библиографией основных работ П. Б. Ганнушкина и основных работ о нём), — Москва “Медицина”, 1975.
2. Большая Российская Энциклопедия. Зиновьев Пётр Михайлович. 2008, т. 10, с. 496.
3. *Остроглазов В. Г.* К 125-летию со дня рождения: профессор П. М. Зиновьев (1882 – 1965) и его книга “Душевные болезни в картинах и образах”. / Независимый психиатрический журнал, 2007, 4, с. 76 – 82.
4. *Остроглазов В. Г.* Пётр Михайлович Зиновьев и его книга. Вступительная статья к переизданию книги “Душевные болезни в картинах и образах. Психозы, их сущность и формы проявления”. — М.: МЕДпресс-информ, 2007, 208 с.
5. *Остроглазов В. Г., Либман Ю. И.* О неизвестном исследовании проф. П. М. Зиновьевым полувекковой динамики показателей шизофрении (по данным Московской психиатрической больницы им. Яковенко) // Журнал им. П. Б. Ганнушкина “Психиатрия и психофармакотерапия”, 2010, т. 12, № 5, с. 25 – 27.
6. *Ганнушкин П. Б.* Избранные труды. Под ред. действительного члена АМН СССР, проф. О. В. Кербикова. М., 1964.
7. *Зиновьев П. М.* Душевные болезни в картинах и образах. Психозы, их сущность и формы проявления. 1927.
8. Воспоминания проф. П. М. Зиновьева о проф. П. Б. Ганнушкине. Психиатрия и психофармакотерапия. 2011, № 3, с. 4 – 7.
9. *Гофман А. Г.* Клиника и дифференциальная диагностика алкогольных параноидов. Автореф. канд. дисс. Научный руководитель проф. П. М. Зиновьев. М., 1961.

Федор Измайлович Случевский (1931 – 1993)

К 80-летию со дня рождения



20 августа 2011 года исполнилось 80 лет со дня рождения крупного отечественного психиатра, представителя ленинградской психиатрической школы профессора Федора Измайловича Случевского.

Ф. И. Случевский родился в г. Ленинграде в семье медиков. Отец его — Измаил Федорович Случевский (1903 – 1966), советский ученый-психиатр, профессор, автор 133 научных работ, в том числе учебника по психиатрии, заслуженный деятель науки Башкирской ССР, заслуженный врач РСФСР, один из потомков рода Случевских, известного с середины XVII века, когда ему был дарован дворянский титул императрицей Елизаветой Петровной. Измаил Фёдорович был достойным сыном своей династии, одним из представителей русской дворянской культуры, жизненные и нравственные принципы которых складывались веками, переходя из рода в род от отца к сыну, от сына к внукам. Любовь Борисовна Мартынова — мать Федора Измайловича, происходила из древнего дворянского рода Мартыновых и также избрала своей профессией психиатрию.

Федор Измайлович продолжил психиатрическую династию, еще студентом начав занятия в студенче-

ском научном кружке кафедры психиатрии 1-го Ленинградского медицинского института. После института он остался на кафедре в клинической ординатуре и за время обучения успел собрать материал для кандидатской диссертации “Об атипичных формах маниакально-депрессивного психоза”, которую защитил в 1959 г. По окончании ординатуры в течение 23 лет работал на административных должностях в Ленгорздравотделе: заместителем главного врача по лечебной работе Свирской областной психиатрической больницы (с 1957 по 1959 год), главным врачом психоневрологического диспансера Ждановского района (с 1960 по 1963 год) и главным врачом психиатрической больницы № 3 им. И. И. Скворцова-Степанова (с 1963 по 1970 год). За эти годы Ф. И. Случевский проявил себя как блестящий администратор. Им был организован первый в Ленинграде дневной стационар (в Ждановском ПНД). Эксперимент был столь удачен, что при его участии уже через несколько лет дневные стационары были открыты почти при всех ПНД города. За время руководства крупнейшей в СССР психиатрической больницей им. Скворцова-Степанова была проведена полная ее реконструкция со строительством новых лечебных корпусов и жилых зданий для персонала, организованы специализированные отделения “открытых дверей”, соматические и инфекционные отделения, внедрена система централизованного ведения меддокументации с применением систем звукозаписи, созданы хирургический и стоматологический кабинеты, первое в психиатрических больницах центральное стерилизационное отделение. Фёдор Измайлович был человек необыкновенных возможностей и во многом опередил своё время в области психиатрии. Самых опытных врачей он включил в состав так называемого Малого совета больницы, члены которого осуществляли консультативную работу. Так же, с привлечением профессоров ВУЗов и НИИ был создан Ученый совет, координирующий научную и образовательную работу в больнице. Любимым детищем Фёдора Измайловича было подсобное хозяйство, которое обеспечивало больницу в течение зимы свежими овощами и мясом.

Ф. И. Случевский с 1964 года являлся членом правления Ленинградского общества невропатологов и психиатров, с 1967 года стал ученым секретарем правления, а затем более 20 лет возглавлял его психиатрическую секцию. С 1966 года он входил в состав правления Всесоюзного общества невропатологов и психиатров. С 1991 года являлся членом редакционной коллегии воссозданного в годы перестройки журнала “Обзор психиатрии и медицинской психологии им. В. М. Бехтерева”.

Педагогическая деятельность Ф. И. Случевского началась в 1960 г., когда он занял должность ассистента кафедры психиатрии Ленинградского педиатрического института, где проработал всего год. С 1961 г. до своей смерти в 1993 г. Ф. И. Случевский читал курс судебной психиатрии на кафедре уголовного процесса и криминалистики Ленинградского государственного университета, где в 1966 г. получил звание доцента.

С 1970 по 1993 год Ф. И. Случевский возглавлял кафедру психиатрии Ленинградского санитарно-гигиенического медицинского института. Это — наиболее плодотворный период его научной деятельности. Основным направлением научных исследований было изучение патологии мышления и речевых расстройств при психических заболеваниях. Данной проблеме посвящен крупнейший труд Ф. И. Случевского «Атактическое мышление и шизофазия» (1975), ставший продолжением защищенной в 1969 году докторской диссертации «О шизофрении и шизоформных состояниях. Клинико-экспериментальное исследование речевых расстройств и их дифференциально-диагностическое значение».

Ф. И. Случевский занимался внедрением в психиатрию математических методов, системного подхода, методов лингвистического анализа, активного ис-

пользования ЭВМ, нейропсихологических методик, даже кибернетики и графического анализа, чему посвящена немалая часть его работ и работ сотрудников возглавляемых им коллективов.

Ф. И. Случевский запомнился многим студентам как замечательный лектор. В лекциях он старался донести материал намного больший, чем требовался по программе. Все лекции сопровождалось демонстрацией пациентов. До сих пор, спустя 30 лет, его с большим уважением и любовью вспоминают выпускники и медицинского, и юридического факультетов.

Значимым направлением в деятельности Ф. И. Случевского была судебная психиатрия. Он считался одним из наиболее авторитетных экспертов города, активно занимаясь экспертизой на экспертных отделениях психиатрической больницы № 5 и специализированной психиатрической больницы с интенсивным наблюдением. Разработке проблем судебной психиатрии посвящен целый ряд работ Ф. И. Случевского.

Ф. И. Случевский — автор более 130 статей, соавтор 5 коллективных монографий, редактор и составитель 6 тематических сборников по психиатрии.

Ф. И. Случевский умер 6 ноября 1993 года от онкологического заболевания. Его труды, безусловно, заслуживают тщательного анализа и использования в дальнейшем развитии психиатрической науки.

Восьмой конгресс
**НЕЙРОМЕХАНИЗМЫ
ПОВЕДЕНИЯ И ЭМОЦИЙ**

2 – 5 мая 2012 г., Сан-Пауло, Бразилия

www.cbce.com.br

Двадцатый юбилейный
Европейский конгресс по психиатрии
ОТ РАЗНООБРАЗИЯ К ГАРМОНИИ

3 – 6 марта 2012 г., Прага, Чехия

www.epa-congress.org

20 лет назад: последний Пленум Всесоюзного общества психиатров *Москва, май 1991 г.¹*

В президиуме как всегда и прежде восседали Г. В. Морозов, Н. М. Жариков, Н. Н. Иванец, А. С. Тиганов и Г. Я. Лукачер. Во вступительном слове Жариков высказался о пленуме в Челябинске и выступлениях в прессе как эмоционально искажающих суть дела.

Затем с большим содержательным докладом о проекте Закона о психиатрической помощи в СССР выступил проф. В. П. Котов. Он коснулся как предыстории вопроса, так и последних этапов доработки проекта Закона, в ходе которых расширялась и укреплялась правовая основа оказания амбулаторной и стационарной психиатрической помощи. Докладчик признал, что Указ 1988 г. был спущен сверху. Подчеркнул конструктивный характер обсуждения, проходящего в ходе доработки проекта Закона, отсутствие принципиальных замечаний и фракционности в рабочей группе. С большим знанием дела и доходчивостью, на ярких примерах докладчик показал конкретные изменения, которые претерпели статьи о первичном освидетельствовании, неотложной и недобровольной госпитализации, порядке помещения в психоневрологические учреждения социального обеспечения и др. Несмотря на живое изложение столь важных вопросов, аудитория поражала своей малой заинтересованностью предметом обсуждения. Были заданы лишь вопросы о защите врача, отделении судебной психиатрии, республиканском нормотворчестве на ту же тему и проблеме требований о снятии диагноза. Вслед за В. П. Котовым выступил Ю. С. Савенко. Текст приводится полностью.

“Члены Независимой психиатрической ассоциации составляют треть рабочей группы по доработке проекта Закона. Это наш юрист-консультант Александр Иосифович Рудяков и психиатры И. Я. Дашевский, Э. Л. Гушанский, З. С. Гурвиц и я. Работа идет уже полгода, последние несколько месяцев два раза в неделю по пять часов кряду. Нам очень повезло с председателем. Это Андрей Евгеньевич Себенцов, человек с удивительно четкой юридической хваткой. О многом говорит история проекта Закона. Вначале в Институте государства и права был разработан проект С. В. Бородина – С. В. Полубинской. Затем, игнорируя эту работу, сверху был спущен — как упомянул

и Вячеслав Павлович — Указ 1988 г. После чего был разработан проект В. П. Котова – И. Я. Гуровича. Правда, формально комиссию возглавлял В. Ф. Егоров. Пора положить конец практике, когда министерские чиновники возглавляют такие комиссии. Это дань печальному прошлому. Я принял участие в обсуждении проекта Закона на заседании Республиканского общества. Там это проходило достаточно живо, и на заседании Московской секции общества, где господствовало равнодушно-сонное отношение. МЗ СССР сделало попытку обойтись без общественного обсуждения и, когда мы добились публикации проекта Закона в “Медицинской газете”, устроило разнос редактору. Наконец, через комиссию по здравоохранению ВС СССР МЗ СССР сделало попытку на середине работы по доработке проекта Закона перехватить эту работу и протолкнуть на ближайшее слушание в первоначальном виде. Заклучавший это заседание д-р Цюрюпа заявил, что якобы концептуальные замечания по проекту отсутствуют. Но они были, я называю три главных.

Первое — это введение принципа презумпции психического здоровья — (Гл. 1, ст. 2) “Наличие психического здоровья не требует доказательств”. Клиническое выражение этого положения имеется в “Клинической психопатологии” Курта Шнайдера и состоит в признании того факта, что существуют феноменологические картины, сходные для здоровья и душевной болезни. В этих случаях о болезни можно говорить только, если эти картины выводимы из болезненного источника. Разобраться же в этом помогает лишь широкий клинический контекст.

Второе — это искоренение декларативности многих статей проекта Закона посредством конкретизации сроков и процедур, введения статьи об общественном контроле, установления ответственности за нарушения.

Насколько это важно, показывает пример одного из московских психоневрологических интернатов: постоянное обкрадывание больных, алкоголизм персонала, избиения, случаи убийств, замиаемых администрацией, и — подчеркиваю — отсутствие патологоанатомического вскрытия. И это притом, что только за прошлый год треть больных вымерла.

Эти положения фактически впервые затрагивают проблему механизмов исполнения. Однако проблема этих гарантий выходит далеко за пределы самого тек-

¹ Независимый психиатрический журнал, 1991, 1, с. 49 – 53.

ста закона. В более широком контексте это еще и ведомственная независимая диагностическая и судебно-психиатрическая экспертиза, это и целый ряд организационных структур психиатрической помощи, но, прежде всего, подлинно правовое общество. До последнего нам еще очень далеко. Но преодоление правовой неграмотности, правового нигилизма, организация независимой экспертизы — это вполне реалистичные задачи.

Не удалось преодолеть бланкетный (отсылочный) характер ряда статей закона, несмотря на неразработанность соответствующих разделов законодательства об экспертизе, об авторском праве и др.

И, наконец, третье — это устранение решительного перевеса патерналистской установки над правовой. Причем споры по этому вопросу возникали не между официальными и независимыми психиатрами, а в большей мере между юристами и психиатрами.

Вячеслав Павлович с большой эмоциональной убедительностью на конкретных примерах показывал, казалось бы, несомненные преимущества патерналистской установки. Это очень естественно для профессиональной ориентации врача: заботиться, помогать, опекать. Однако, попытка говорить о равноправии патерналистского и правового принципов оставляет в тупике. Это не *fifty-fifty*. Таково же противостояние личности и общества... Только решительное предпочтение личности, вместо пресловутого *fifty-fifty*, делает общество гуманным. Так и здесь. Патернализм, т.е. защищенность, противопоставляется свободе. Однако общество, которое предпочитает защищенность — свободе, оказывается и без свободы, и — в конечном счете — и без защищенности. Поэтому правовой опыт развитых стран за решительный примат принципа свободы личности. Патерналистская установка характеризует отечественный менталитет и вообще характерна для мировоззрения тоталитарных и феодальных обществ. Психологически мы сжились с этим. Мы думаем, что формулировки закона должны компенсировать этот явный перевес патерналистской ориентации отечественного менталитета. А в каждом конкретном случае психиатр должен определять меру своего вмешательства под свою личную ответственность.

05.04.1991 “Советская Россия” поместила интервью с А. С. Карповым и В. П. Котовым под названием “Жертвы демагогии”, где искренне уважаемый нами Вячеслав Павлович говорит буквально следующее: “Гуманизм в психиатрии доведен до абсурда”, “под видом защиты гражданских прав больных попросту лишили права на здоровье”. Сторонники реформ в психиатрии выставлены демагогами. Но как тогда квалифицировать сами эти обвинения? Правда, Вячеслав Павлович горько сетовал, что журналистка его “переврала”, “что говорили три часа”, но, судя по всему, она попросту передала суть без околичностей. Но было бы на что пенять, если бы он тут же не отстаивал право давать интервью хозяйственнику Карманову (Жариков вскопчил: “прошу не выражаться”), Карманову,

исключенному за мошенничество из нашей ассоциации, организовавшему марионеточную ассоциацию под нашим именем, и активно приглашенному на этот пленум Лукачером. Я такого приглашения не получал”.

Резкое возмущение этим выступлением выразил с места В. П. Белов.

Затем выступил Н. А. Зорин, которого специально пригласили, чтобы столкнуть противоположные группы и, тем самым, дискредитировать и нейтрализовать их. Но неожиданно для авторов этого сценария, они услышали, как вице-президент организованной при их содействии марионеточной группы публично заявляет об исключении Китаев-Смыка и Карманова из ее рядов за финансовые злоупотребления и об аннулировании самой группы. Сидящий в 1-м ряду М. Е. Вартамян, перебивая и заглушая выступающего, начал кричать, что это никому не интересно. К нему присоединился председательствующий Н. М. Жариков: это не по теме. Зорину не дали говорить.

Проф. М. Гонопольский (Алма-Ата) подтвердил, что здесь не место выслушивать “дрязги”. Такая квалификация, ставящая на одну доску обе стороны, уже большой успех тех, кто пытается дискредитировать НПА. Выступающий просил защиты от независимых психиатров. Он выразил также упрек Н. М. Жарикову, что и от него поступило заключение с формулировкой “психически не болен и не был болен”.

С. В. Полубинская подчеркнула необходимость согласования проекта Закона, по крайней мере, с минимальными международными стандартами в отношении психически больных и разработку для Всесоюзного общества профессиональных этических стандартов, которые играли бы буферную роль и содействовали разделению компетенций. У Минздрава следует изъять присвоенные им себе юридические функции. Она выдвинула, высказывавшуюся и нами, идею о целесообразности организации юридических курсов и лекций для психиатров.

В заключительном слове В. П. Котов отверг мнение, что он патерналист (прежде он несомненно был им), “я — центрист”, и напомнил, что чуть ли не первый выступил против патернализма. Он взял под защиту В. Ф. Егорова и МЗ СССР, утверждая, что проект Закона — их инициатива. (По нашим данным, это инициатива Пленума Всероссийского общества психиатров в Туле.) Наконец, он утверждал, что в “Советской России” (05.04.1991) нет процитированных слов. Но это каждый может легко проверить сам.

В заключение утреннего заседания была принята резолюция одобрить в целом проект закона и опубликовать для всеобщего обсуждения. На что В. Ф. Егоров подал справедливую реплику, что проект Закона давно вышел из рук психиатров, они только члены рабочей группы, приглашенные ВС СССР. Поэтому совершенно неуместно одобрять его, да еще в незавершенном виде.

Дневное заседание было посвящено обсуждению проекта нового Устава Всесоюзного общества по докладу Э. А. Бабаяна.

Прежде всего, изменено название общества: Федерация обществ психиатров и наркологов СССР². Указывается, что “Федерация представляет интересы республиканских обществ в ВРА”, что “при Совете Федерации функционирует этическая комиссия, образованная для предотвращения использования психиатрии в немедицинских целях и обеспечения максимальной гласности в случаях злоупотребления психиатрией”, что Федерация “курирует медицинские журналы по профилю Федерации, заслушивает доклады о работе редколлегий, рекомендует состав редколлегий...”, что Федерация “проводит свою работу в тесном контакте с Советом научных обществ МЗ СССР”, а в конце перечня источников средств Федерации упомянуты “субсидии МЗ СССР”. Таким образом, мы видим лишь закамуфлированную, по сравнению с предыдущим проектом Устава, зависимость от МЗ СССР, а также неумеренную претензию на полное верховодство в отношении журналов по психиатрии. Все же в Устав, по примеру Российского общества психиатров, введена статья о сотрудничестве с неформальными ассоциациями.

Второй день пленума был посвящен отчету о работе этической комиссии при Правлении Всесоюзного общества психиатров председателя этой комиссии В. П. Белова. Начал он со своего недоумения по поводу понятия “этическая”: “заглянул в словари... не нашел... может быть другое название подобрать?” Комиссия, по его словам, начала работать с ноября 1989 г. За это время через нее прошло 104 человека³, только у 41,2 % был подтвержден прежний диагноз, у 37,4 % изменен, у 21,4 % снят вообще⁴, причем у пятерых (4,8 %) было признано, что и прежде никакой психической болезни не было. В очереди свыше 400 человек. В основном это конфликтные случаи. Наиболее частой ошибкой является приравнивание патологического развития личности к бредовому паранойальному психозу. “И в этом зале едва ли мы с вами пришли бы к одному мнению по этому вопросу. Грани здесь относительные”⁵. Особенную неудовлетворенность оставляет уровень медицинской документации: психический статус описывается сразу в квалификационных терминах. “Чтобы дать простое описание даже не надо быть психиатром”⁶. Много случаев необоснованного признания недееспособно-

сти. Главную роль здесь играет, подчеркнул Белов, заключение психиатра, для которого параноидная шизофрения автоматически сопровождалась недееспособностью. Отвечая на последовавшие многочисленные вопросы, в частности, имеют ли последствия заключения этической комиссии в случаях вскрытых злоупотреблений, Белов соскользнул на последний термин: “Я ни разу не сказал “злоупотребления”, я против такого обозначения, умысла не было... Я отвечаю обычно на это так: а вы сами что писали 20 лет назад, кого восхваляли? Так что не будем”. При этом он признал, что звонки из партийных инстанций были частыми, но если кто шел у них на поводу, то это “признак профессиональной некомпетентности наших психиатров, их дурости!” Имели место подчистки и изъятия в историях болезней. На вопрос В. А. Тихоненко, есть ли разница в злоупотреблениях (“я настаиваю на этом термине”, подчеркнул он) до и после Указа 1988 г., В. П. Белов ответил, что “до сих пор случаи насильственной госпитализации в непсихотическом состоянии не единичны”. На предложение подготовить рекомендации на основании полученного комиссией опыта, он ответил: “Это не наша функция”. На вопрос Л. А. Красавина: как вы относитесь к тому, что наши вчерашние коллеги Соцевич, Вульфвич, Гурвиц ставят подписи под вот этими заключениями? и с возмущением потряс заключением НПА. Белов: “Надо остановить этот процесс... Я через две минуты понял, что у больного синдром Кандинского-Клерамбо, он сказал: “у меня не голоса, а внутреннее говорение, когда я о чем-то думаю”. Не буду дифференцировать эти независимые ассоциации. Между ними нет особой разницы. Просто Царегородцев почаще снимает диагнозы”. Вслед за Беловым выступил Ю. С. Савенко. Текст приводится полностью.

“Виктор Петрович руководит сейчас одним из главных дел нашего предмета. Неоднократно, более 10 раз, члены нашей Независимой психиатрической ассоциации участвовали в экспертной работе этической комиссии Всесоюзного общества. И должен сказать: во всех случаях приходили до сих пор к согласию. Даже там, где накануне клиника проф. Жарикова держалась совершенно другого мнения. О вчерашней экспертизе я скажу в конце. Мы считаем целесообразным публиковать некоторые наиболее яркие истории болезни, проходящие через такие экспертизы.

Недавно в “Аргументах и фактах” для желающих пройти диагностическую экспертизу были опублико-

² Этим своим переименованием Общество отрезало себе путь для членства в ВПА, когда Советский Союз распался, и оказалось виртуальной структурой, которая спустя некоторое время сошла со сцены.

³ Простой расчет показывает, что если бы комиссия работала с ноября, ее пропускная способность не превышала бы полтора человек в неделю.

⁴ Излагая эти данные в прессе (“Медицинская газета” 14.06.1991) главный ученый секретарь Всесоюзного общества Лучер пишет о 20 % диагностических ошибок, тогда как их 59 %. Так небрежность оборачивается фальсификацией в 3 раза.

⁵ По этому поводу проф. Жариков справедливо сказал в своем заключении, что достаточно раскрыть руководства Ясперса, Майер-Гросса, чтобы найти там четкие разграничения.

⁶ Это типичное для нынешнего поколения наших психиатров непонимание и незнание какого высокого профессионализма требует феноменологическое описание.

ваны адреса этической комиссии Всесоюзного общества и нашей Независимой психиатрической ассоциации. Только из этой публикации я узнал, что официально этическая комиссия также именуется Независимой. Правда, Виктор Петрович сегодня давая, как он подчеркнул, полное официальное название комиссии, почему-то опустил слово “независимая”.

Поучительна предыстория этической комиссии. Осенью 1989 г., накануне Афинского конгресса, ученый секретарь Всесоюзного общества проф. Лукачер направил в адрес WPA от имени общества меморандум, в 3-м пункте которого записано:

“С целью не допустить использование психиатрии в немедицинских целях, а также обеспечить максимум гласности в тех случаях, когда имели место психиатрические злоупотребления, создана (создана!) независимая комиссия из 8 человек. В состав комиссии входят психиатры, юристы и социальные работники. Комиссия отвечает за сбор информации о случаях психиатрических злоупотреблений, предание их гласности и подачу апелляций в МЗ СССР. Комиссия является независимой от МЗ СССР и всех партийных и государственных организаций. Предполагается, что в случае необходимости комиссия будет контактировать с этическим комитетом WPA”.

В Афинах при вопросе об адресе этой комиссии и кто эти 8 человек поименно, вскрылось, что это только прожект. Мы увидели тогда в этом попытку подменить функции нашей ассоциации. Потребовалось еще около полугода, чтобы реально воплотить в жизнь уже несколько иной план: организовать этические комиссии не только при Всесоюзном обществе, но и при всех республиканских обществах и минздравах.

Однако фактически работает только одна этическая комиссия Всесоюзного общества — одна на всю страну. Постоянных членов в ней трое. Пропускная способность этой комиссии смехотворна: один-три человека в неделю, очередь уже на год. Где уж тут еще самим предавать гласности, подавать апелляции. Но самое главное, что заключения этой комиссии не имеют юридической силы! Более того, она не борется за такое право! Вам будет любопытно узнать, что наша ассоциация пытается сделать это за вас. Но можно ли говорить после всего этого о реабилитации больных этой комиссией?

Кто думает об обманутых надеждах этих людей, трагящихся на дальнюю дорогу и нередко ночующих на вокзалах?

Почему бы сразу не предупреждать их о статусе комиссии? Зачем скрывать зафиксированное право на отводы членов комиссии? Я уже не говорю о частых жалобах на грубость предварительных бесед, последующую неправду относительно решения комиссии.

Очевидно, что исходной целью комиссии была не реабилитация больных, не пересмотр диагноза, а сохранение в своих руках функций контроля, вернее самоконтроля и, таким образом, в нынешнем своем виде этическая комиссия все еще не более, чем декорация. Вы, конечно, помните, что каравай хлеба, под-

носившийся в потемкинских деревнях, был всюду один и тот же. Еще отсюда традиция экономных решений, но в конечном счете — разорительных. Мы предлагаем создать при комитетах и комиссиях по правам человека Советов всех уровней депутатские комиссии по делам психически больных, которые бы комплектовали на конкурсной основе независимые экспертные диагностические и судебно-психиатрические комиссии, а за этической комиссией Всесоюзного общества оставить окончательные решения.

Многих интересовал вопрос о защите психиатров. Мы активно боремся за реабилитацию эксперта Масовера, осужденного по сфальсифицированному делу. Мы располагаем неопровержимыми документами об этом; за репутацию д-ра Вулиса из Самары, на которого больные подали в суд. Думаю, что к такой деятельности должна обращаться и этическая комиссия Всесоюзного общества. Комиссия на сегодня еще слишком академична и социальной реабилитацией не занимается. Например, недавно в результате заключения этической комиссии больной Лобачев из Ленинграда был переведен со II группы инвалидности на III группу, а на работу его попросту не берут. В результате он только потерял в своей и без того несчастной пенсии. Надо доводить такие случаи до конца.

И, наконец, два слова в отношении реплик В. П. Белова о вчерашней экспертизе этической комиссии. Тот же больной в конце апреля проходил через нашу комиссию, выступавшую в составе докт. мед. наук Г. Н. Соцевич, канд. мед. наук В. М. Вульфвича и канд. мед. наук З. С. Гурвица, написавшего в свое время психиатрическую часть заключения Калистратовой по делу генерала П. Г. Григоренко. Это высококомпетентные психиатры. В связи с резким расхождением я прошу Вас, Виктор Петрович, рассмотреть этого больного с нашим участием, мы не были извещены. Белов, перебивая: неправда, вы знали! Савенко: я узнал, только придя утром на пленум, и то случайно, нас не предупредили. Что касается Вашего замечания, что нет особой разницы между нашей ассоциацией и организацией Царегородцева, то это оскорбление не только WPA, действительными членами которой мы являемся, но и 10 докторов наук и 20 кандидатов наук, заслуженных психиатров, наших членов. Это Вы, Виктор Петрович, подписали документ психологу Китаев-Смыку, что после Ваших 3-х месячных курсов, он может называться психиатром. А ведь Царегородцев, Китаев-Смык, Карманов к психиатрии ни какого отношения не имеют!”

Сразу же взял слово зав. Одесской кафедрой психиатрии В. Битенский: Что за разнузданное выступление мы вынуждены слушать? Кто это? Каков их рейтинг? Кто их знает? Какие-то простые врачи. Кто их уполномочивал критиковать наших учителей? Им надо еще сдавать экзамены. Для меня эти независимые на одной ступени с колдунами и экстрасенсами. Но давайте им поможем! Жалко их! Они ведь закомплексованы. Но в суд надо обратиться на их заключение. Это социальная опасность! Атлетическое сложе-

ние оратора диссонировало с угодливыми поклонами в сторону президиума. Кончив, он вернулся на свое место рядом с проф. Т. Дмитриевой. Это откровенное измывательство председательствующий, конечно, не прерывал.

Это выступление хорошо отражает новую генерацию профессуры, выпестованной эпохой 70 – 80-х гг. Прежде Одесская кафедра возглавлялась выдающимися клиницистами: Е. Шевалевым, Мирельзоном, А. Вяясновским.

Сходную реакцию дал руководитель психиатрической службы МЗ РСФСР Л. Красавин: Всесоюзное общество должно присвоить право аттестовывать этих независимых, юридическое право! Они смеют пересматривать даже экспертные заключения института им. Сербского! Критиковать Снежневского! Отказ от перлюстрации писем больных — это псевдодемократия. Общественные организации не имеют права контролировать государственные учреждения.

Было высказано мнение, что отсутствие юридической силы заключений этической комиссии Всесоюзного общества — это хорошо, иначе снялась бы борьба мнений. Характерно, что оно исходило от проф. Сметанникова, реликтового представителя школы Иванова-Смоленского. Между тем, речь не шла о придании юридической силы только центральной комиссии, последняя мыслилась как согласительная, с участием представителей предыдущих комиссий.

Характерную реакцию дал Оруджев из Волгограда: почему они независимые, а я — как руководитель этической комиссии — зависимый что ли?

В зачитанном, заранее составленном проекте резолюции прозвучал пункт о “профессиональной некомпетентности экспертных заключений различных независимых ассоциаций”.

Машина голосования все еще единогласна, таков нынешний состав президиума Всесоюзного общества.

На Пленуме откровенно прозвучала линия официоза не на сотрудничество, а на борьбу с независимыми ассоциациями. Подлинно независимыми, так как откровенно экстремистские и непрофессиональные ассоциации Царегородцева и Китаев-Смыка — Карманова негласно активно поддерживаются.

Завершающее заседание ознаменовалось неожиданным событием. Члены правления не просто приняли отставку Н. М. Жарикова и выбрали вместо него А. С. Тиганова, кооптировав в президиум представителей семи союзных республик, они проголосовали за отмену решения о созыве внеочередного Всесоюзного съезда психиатров. Против выступили только М. М. Кабанов, Т. Б. Дмитриева и Ю. А. Александровский.

Таким образом, посредством простой перестановки фигур, президиум общества (теперь исполком федерации) пытается уйти от процедуры переизбрания, остаться у власти еще на три года. Тем самым были проигнорированы решения Всесоюзного совещания психиатров в Челябинске и собственный Устав, по которому для созыва внеочередного съезда достаточно просьбы республиканских обществ. Большинство нынешнего президиума продемонстрировали некомпетентность и безразличие к процессам демократического обновления в психиатрии.

Ю. С. Савенко

Примечания редактора. Репортаж об этом Пленуме, появившийся в Журнале невропатологии и психиатрии им. С. С. Корсакова (1991, 12), грубо искажал факты: «Ю. С. Савенко выразил недовольство... тем, что на Пленум были приглашены члены не только представляемой им, но и другой независимой психиатрической ассоциации. Н. А. Зорин сообщил о существующих в стране двух независимых психиатрических ассоциациях и разногласиях между ними... Ю. С. Савенко сказал, что деньги брались не всеми независимыми комиссиями». Автор этого репортажа, на протяжении почти 20 лет главный ученый секретарь ВОП, за полгода до этого также грубо искажил процент диагностических ошибок, выявленных Этической комиссией ВОП проф. В. П. Белова («Медицинская газета» от 14.06.1991). Д-р А. Г. Выгон, секретарь этой комиссии, по завершению ее работы, не пожелавшей работать далее, как мы, волонтерски, передал нам подведенные им итоги работы комиссии. Из 112 освидетельствованных у 37,5 % диагноз шизофрения был установлен ошибочно, «22,3 % признаны психически здоровыми», «рекомендовано снять с учета 28,6 %» (НПЖ, 1992, 3 – 4, с. 61 – 62). Эти итоги совпали с нашими. Инспекционная комиссия ВРА по этому поводу отметила (VIII, 2-а): «Но эти резкие слова не были опубликованы ни в медицинской печати, ни в Корсаковском журнале. Отчет д-ра Выгона не был предан гласности даже на майском Пленуме. Отчет проф. Лукачера, сделанный на этом пленуме и опубликованный Медицинской газетой, обвиняет в ошибочной диагностике, в первую очередь, Независимую психиатрическую ассоциацию. Такое заключение противоречит фактам, представленным в докладе д-ра Выгона и выглядит как затемнение неприятной правды поисками козла отпущения... С точки зрения защиты, настойчивости и продуктивности маленькая НПА действительно является более эффективной, чем Этическая комиссия всесоюзного общества...».

Таков был, к сожалению, лишенный всякого благородства, последний аккорд Всесоюзного общества психиатров. Но это свидетельство естественного одряхлевшего конца, конечно, не отменяет взлеты цветущего возраста ВОП, когда организация психиатрической помощи в нашей стране была одной из лучших и передовых в мире.

XV всемирный конгресс по психиатрии

18 – 22 сентября в Буэнос-Айресе, 12-миллионном мегаполисе, состоялся XV конгресс ВПА. Приехавших встречал бой барабанов и раздача антипсихиатрических листовок. Несмотря на регистрационный взнос в 500 долларов, число участников стало рекордным — 14 тысяч 13 чел. Из-за нелепой организации несколько дней стояла огромная очередь зарегистрировавшихся по интернету. На церемонии открытия исполнялись ошеломительные аргентинские танго. Несмотря на огромное расстояние — на противоположной стороне и другом полушарии земли — мы встретили более 20 российских коллег, даже томичей, и даже на Генеральной Ассамблее представлять Казахстанскую и Кыргызскую ассоциации уполномочены были российские коллеги. Наша маленькая гостиница оказалась рядом с памятником Дон Кихоту.

Тема конгресса была определена, как “*Всемирная психиатрия 2011: Наше наследие и наше будущее*”. Научная программа освещала наиболее значительные достижения психиатрии, выдержавшие испытание временем, современное состояние науки и ее наиболее многообещающие тенденции. На протяжении основных четырех дней конгресса с 9 до 20 часов в 16 аудиториях одновременно проходили различные лекции, симпозиумы, семинары и сессии. Официальным языком конгресса был английский, но ряд научных симпозиумов проводились на испанском и португальском языках.

В преддверии очередного пересмотра МКБ и DSM N. Sartorius (Швейцария) посвятил свою лекцию *прошлому и будущему диагностических систем в психиатрии*. Среди основных трудностей, возникающих перед составителями классификаций, докладчик отметил: 1) выбор осей для построения классификации; 2) обеспечение международной универсальности использования; 3) учет широкого круга интересов (медицинских администраторов, страховых и фармакологических компаний, исследователей и практических врачей). В заключении N. Sartorius подчеркнул, что качественный пересмотр классификации должен являться *приоритетной задачей для ВПА, так как новые версии классификаций на много лет вперед будут определять* не только направление научных исследований, терапии и профессионального обучения, но и имидж психиатрии как отрасли медицины в целом.

Свой доклад на *симпозиуме по правам человека* при оказании психиатрической помощи N. Sartorius посвятил обзору законодательства, защищающего

людей с психическими расстройствами, и возникающем при этом конфликте моральных, этических, правовых, традиционных и религиозных подходов. D. Moussaoui (Марокко) сообщил, что в Индонезии, Индии и Южной Сахаре до сих пор заковывают психически больных, но был оспорен указанием на то, что такой образ действий в тамошних условиях является неизбежным злом. N. Stotland (США) рассказала о том, что в ее стране возможности оказания недобровольной амбулаторной и стационарной психиатрической помощи настолько невелики, что люди с психическими расстройствами получают полноценное психиатрическое лечение только, находясь в заключении. До 80% обитателей пенитенциарной системы — это люди с психическими расстройствами, а самая крупная психиатрическая больница США в Лос-Анжелесе — это тюремная больница. Когда кончается срок заключения, человек выходит на волю и тут же лишается возможности лечиться. В результате у него возникает обострение заболевания, и он вновь попадает в поле зрения правоохранительных органов в связи с неадекватным поведением. Проблема эта существует уже много лет, однако к настоящему времени достигла такого уровня, что требует немедленных действий. Американское правительство видит ее решение в обучении полицейских распознаванию людей с психическими расстройствами и передаче их специально созданным судам для решения вопроса о принудительном лечении вне рамок пенитенциарной системы.

H. Katschnig (Австрия) в ходе своего выступления вновь поднял *тему “кризиса психиатрии”* и ее будущего, указав на основные угрозы (сомнительная валидность классификаций; часто противоречащие друг другу результаты фармакологических исследований; конкуренция с другими специалистами, работающими в сфере психического здоровья; недовольство и критика со стороны пациентов; негативное общественное мнение о психиатрии), которые способны “уничтожить психиатрию” как самостоятельную отрасль медицины.

На симпозиуме, посвященном *имиджу психиатрии в обществе* и путям привлечения студентов-выпускников в специальность S. Hollins (Великобритания) сообщила о результатах 3-летней компании, проводимой Королевским обществом психиатров. Увеличить количество студентов медиков, желающих выбрать психиатрию своей специальностью,

удалось за счет проведения публичных лекций-дебатов, представляющих психиатрию современной медицинской дисциплиной, не только научной, использующей последние технические диагностические новинки, но и социально ориентированной. По опросам, проведенным среди студентов медиков, расширение объема учебной программы за счет изучения психологических и психотерапевтических аспектов психиатрии также будет способствовать привлечению в специальность.

Целый ряд симпозиумов был посвящен *биологическим основам* психических расстройств, достижениям генетики и нейронаук.

В лекции о *генетических исследованиях* в психиатрии Р. McGuffin (Великобритания) отметил всю сложность и неоднозначность получаемых результатов. Если к настоящему времени идентифицированы точные генетические причины болезни Гентингтона и рано возникающей болезни Альцгеймера, то в отношении шизофрении и аффективных расстройств выявлены целые многочисленные группы и комбинации генов, каждый из которых в отдельности играет лишь малую роль в наследовании заболевания. Кроме того, было отмечено, что на экспрессию генов огромное влияние оказывают факторы окружающей среды, которые действуют на геном посредством эпигенетических механизмов, изменяя процесс метилирования ДНК и структуру хроматина. В заключении Р. McGuffin подчеркнул, что результаты современных фармакогенетических и геномных исследований приближают нас к заветной цели — “персонализированной медицине”, когда каждому пациенту, в зависимости от его индивидуальных особенностей, будет назначаться индивидуальная схема терапии.

Роли сравнительно недавно появившихся *нейровизуализационных методов* в изучении психозов была посвящена лекция Р. McGuire (Великобритания). Благодаря использованию структурной, функциональной и нейрхимической магнитно-резонансной томографии, к настоящему времени известно, что: 1) при шизофрении расширены желудочки мозга; 2) при психозе наличествует нарушение связей в префронтальной коре; 3) префронтальная дисфункция у психотических пациентов связана с увеличением количества дофамина в стриатуме, а уменьшение количества глутамата в таламусе — с уменьшением объема срединной области височной доли; 4) при слуховых галлюцинациях определяется очаг активации в левой нижней фронтальной области и т.д. Подводя итоги, Р. McGuire отметил, что современные нейровизуализационные методы позволяют исключать “органические” причины психических расстройств, дают возможность предсказывать начало заболевания и возникновение психотического приступа, вероятный отклик на терапию, а также используются при создании и усовершенствовании новых медикаментов.

Помимо биологических подходов к лечению психических расстройств, на конгрессе обсуждались и современные *методы психотерапии*. К. Shear (США) отметила, что “модель психотерапии из фильмов Вуди Алена, когда клиент на приеме у психотерапевта лежит на кушетке и часами говорит о своей матери и несчастном детстве, потеряла свою актуальность. Человек, обратившийся за психотерапевтической помощью в наши дни, может рассчитывать на то, что ему предложат краткосрочную, ориентированную на конкретную цель, научно обоснованную и эффективную программу, в ходе которой он будет общаться с психотерапевтом, сидя на стуле”. К. Shear напомнила, что на сегодняшний день эффективность лишь когнитивно-бихевиоральной терапии имеет внушительную доказательную базу, основанную на многочисленных клинических исследованиях. Представитель традиционной психодинамической школы Р. Fonagy (Великобритания) напомнил, что в основе многих современных психотерапевтических подходов, лежат пусть значительно переработанные и дополненные, но все же психоаналитические теории, и рассказал о ряде последних нейроисследований, подтверждающих эффективность психодинамической психотерапии. Тем не менее, Р. Fonagy отметил, что для психоаналитиков пришло время пересмотреть не только основные терапевтические стратегии, но и клиническую модель, в рамках которой оказывается помощь.

Различные секционные заседания были посвящены актуальным социальным вопросам взаимоотношения современной психиатрии с этикой, правами человека, экологией, глобализацией, миграцией, экономикой, религией, духовностью, гениальностью и искусством.

Интригующим оказался семинар, на котором D. Marazziti (Италия) представила результаты нейробиологического исследования *чувства влюбленности*. Докладчик провела параллели между обсессивно-компульсивным расстройством (ОКР) и чувством влюбленности, которое возникает внезапно, характеризуется изменением психического состояния с появлением навязчивой мысли об объекте влюбленности и настойчивым специфическим поведением со стремлением вызвать ответное чувство. В исследовании уровень серотонинового обмена влюбленных оказался ближе к таковому у пациентов с ОКР, и отличался от показателей невлюбленной контрольной группы. Также у обследованных влюбленных мужчин отмечался повышенный уровень “гормона стресса” — кортизола и пониженный уровень тестостерона. Когда же чувство влюбленности проходило или сменялось более глубоким чувством привязанности, нейрохимические отклонения приходили в норму.

Состоялась встреча членов движения “Философия и психиатрия”. Характерно, что на лекции Otto Doerg (Чили) “Экзистенциалистское и феноменологическое

введение в психиатрию” зал был буквально забит молодыми психиатрами, они сидели и стояли во всех проходах.

В рамках Конгресса 21 сентября состоялась *Генеральная Ассамблея Всемирной психиатрической ассоциации*. Это всегда центральное событие таких конгрессов, поскольку на ней определяются новые лидеры Ассоциации, которые будут в течение трех последующих лет определять политику и конкретные формы деятельности ВПА. На Генеральной Ассамблее присутствовали представители 55 членов-обществ, что было достаточно для того, чтобы сделать ее решения легитимными: по Уставу ВПА кворум равен одной трети обществ-членов, а на момент проведения Генеральной ассамблеи в ВПА было 134 общества-члена, 135-м стала психиатрическая ассоциация Камбоджи, которая была принята большинством голосов. Выборы новых руководителей ВПА осуществляются тайным голосованием в соответствии с количество голосов, которые имеет каждое общество. И здесь в более выгодном положении оказываются те страны, которые имеют больше одного общества, поскольку максимальное число голосов, которое может иметь одно общество составляет 40 (независимо от количества членов). В результате, США и Великобритания, которые имеют многотысячные ассоциации психиатров, имеют по 40 голосов, а Индия, где психиатрическая помощь пока не на очень высоком уровне — 41, поскольку ее представляют два психиатрических обществ, имеющие, соответственно 29 и 12 голосов, Италия, в которой членами ВПА также являются два общества, — 47 голосов. Россия на этом конгрессе имела 19 голосов (11 у РОП и 8 у НПА), что уже делает страну заметным игроком на этой арене.

Зональным представителем от 10-й зоны, куда входят Россия, Украина, Казахстан, и другие страны бывшего СССР, кроме Прибалтики, стал Петр Морозов, у которого не было конкурентов в борьбе за этот пост. Наш бывший зональный представитель Армен Согоян из Армении сражался за пост секретаря по издательской деятельности с Мишель Рибо из США, и хотя за него проголосовало большое количество обществ-членов, ему не хватило голосов, чтобы обойти свою более опытную конкурентку. Его заслуги были отмечены принятием его в почетные члены ВПА, а результатами его деятельности могут пользоваться психиатры всего региона — это русскоязычная версия журнала “Всемирная психиатрия”, которая с 2008 года публикуется на сайте ВПА, а на Конгрессе распространялось первое печатное издание журнала. Важно, чтобы эта деятельность по приобщению русскоязычных психиатров к последним достижениям мировой психиатрии не пресеклась, и перевод журнала был продолжен.

Почетными членами ВПА стали также проф. Валерий Краснов и Майя Кулыгина. Это признание их выдающейся заслуги в организации первого за всю

историю существования ВПА регионального конгресса этой организации в Санкт-Петербурге летом этого года.

Одним из важнейших изменений в устав ВПА был вопрос о сроке, в течение которого бывшие президенты остаются членами Исполкома и сохраняют свои привилегии (в первую очередь, бесплатное участие в Конгрессах). Комитет по изменению Устава, который обсуждал предлагаемые поправки на предыдущих региональных Конгрессах ВПА, предлагал сократить этот срок до 15 лет (ранее никаких ограничений не было, полномочия и привилегии сохранялись пожизненно), однако некоторые радикально настроенные делегаты Ассамблеи предложили ограничить его двумя выборными периодами, т.е. 6 годами. Это предложение получило поддержку большинства делегатов и было принято.

Президент ВПА Марио Май сделал впечатляющий доклад о деятельности ВПА за последние три года, продемонстрировав, что даже при ограниченной поддержке фармакофирм можно привлечь значительное количество средств на деятельность по охране психического здоровья. Его трехлетний план на 2008 – 2011 годы был реализован даже в больших масштабах, поскольку ему удалось обеспечить его финансирование в большем объеме, чем планировалось. *Журнал “Всемирная психиатрия” занял 9-ю позицию в списке наиболее влиятельных психиатрических журналов мира* и в нем был опубликован целый ряд программных статей, которые имеют принципиальное значение для развития деятельности ВПА. Это: “Совместное изучение ВПА и ВОЗ отношения психиатров к классификации психических расстройств”, “Руководящие принципы ВПА по организации общественно-ориентированной психиатрической помощи”, “Как избежать стигматизации психиатрии и психиатров” и т.п. Все они доступны теперь на русском языке, достаточно лишь открыть сайт ВПА и найти там русскоязычную версию журнала. Доклад проф. Марио Мая закончился овацией делегатов, которые таким образом оценили его выдающуюся деятельность на посту президента. Новый президент ВПА Педро Руис из США в своем выступлении отметил, что собирается продолжать основные направления деятельности Марио Мая.

Основная интрига выборов как всегда касалась борьбы за пост *president-elect*, который определяет действующего президента через три года. Претендентами были Хелен Херман из Австралии и Динеш Бхугра из Великобритании. Накануне Генеральной ассамблеи австралийское посольство в Буэнос-Айресе устроило роскошный прием в честь своего кандидата. Так что на стороне Херманн была и гендерная составляющая и могучая поддержка страны. В результате, она была очень близка в победе, и все же ей не хватило голосов: 506 против 529. Избран был проф. Динеш

Конференция памяти Ф. И. Случевского в Санкт-Петербурге

Бхугра, работающий в Институте психиатрии Королевского колледжа Лондона.

Особый интерес представлял доклад секретаря по финансовой деятельности ВПА проф. Акиямы из Японии. Он сообщил присутствующим, что на сегодняшний день на счету ВПА аккумулировано один миллион триста тысяч долларов США, что покрывает расходы на деятельность ВПА в течение двух лет, поскольку ее годовой бюджет составляет примерно 600000 долларов. Вопрос о том, является ли такое аккумулирование средств целенаправленной политикой ВПА или можно потратить их на расширение поддержки молодых ученых или программ в развивающихся странах, поставил его в тупик, и внятного ответа так и не последовало. Присутствующие узнали, что членские взносы составляют лишь 33 % бюджета ВПА, другие 40 % — это доходы от проведения Конгрессов. Каждый всемирный конгресс приносит в казну ВПА около 400000 долларов, а региональный — 200000.

Российское участие в научной программе конгресса было представлено двумя симпозиумами, на одном

из которых, организованном проф. В. Н. Красновым, говорилось о психосоциальных подходах, повышающих качество оказания психиатрической помощи, а на втором, организованном проф. В. Д. Семке, — о современных исследованиях в области транскультуральной психиатрии, а также докладом от НПА России Ю. С. Савенко и Д. Г. Бартенева на зональной секции (председатель Армен Согоян), посвященной правовым вопросам оказания психиатрической помощи в странах Восточной Европы.

Из вышедших к началу Конгресса книг следует отметить две: “Психиатрия и религия” и “Психиатрия и этика”. Распространялась также “Антология греческой психиатрии” в уже давно начатой серии на английском языке. Вышли антологии испанской и немецкой психиатрии. Досадно, что до сих пор не издана антология российской психиатрии.

Следующий XVI всемирный конгресс по психиатрии состоится 14 – 18 сентября 2014 года в Мадриде.

Павел Понизовский, Любовь Виноградова

Конференция памяти Ф. И. Случевского в Санкт-Петербурге

30 сентября 2011 г. в Санкт-Петербурге прошла конференция “Врачебное искусство в психиатрии”, посвященная 80-летию одного из выдающихся представителей Ленинградской психиатрической школы проф. Ф. И. Случевского, 23 года возглавлявшего кафедру психиатрии Санкт-Петербургской государственной медицинской академии им. И. И. Мечникова (бывш. ЛСГМИ) после проф. А. С. Чистовича. Были изданы сборник научных трудов конференции и “Избранные труды” Ф. И. Случевского. К сожалению, очень небольшим тиражом (250 и 300 экз.).

Конференция прошла очень живо и интересно. Зачитанные доклады, в основном учеников Ф. И. Случевского, отличали глубокая содержательность и широкий взгляд на поднимаемые проблемы, что было характерно и для творчества Ф. И.

Проф. В. А. Точиллов, ученик Ф. И., возглавлявший ту же кафедру последние 18 лет, эмоционально рассказал о незаурядной жизни, творчестве и личности Ф. И. и древнем роде Случевских, которых революция разбросала по всему миру и девиз которых “Поспешающие побеждают!” Один из них, приехавший из Калифорнии, принял участие в финансировании конференции. Проф. Е. В. Снедков, недавно возглавивший ту же кафедру, посвятил доклад шизофазии, а проф. Л. И. Вассерман — психопатологии мышления при шизофрении, — темам, где особенно велик вклад Ф. И.; проф. В. В. Дунаевский — 100-летию все еще проблематичного единства шизофрении. Дочь Ф. И.

— С. Ф. Случевская продолжила еще одну важную линию деятельности отца докладом “Меняющаяся картина использования математических и статистических методов психиатрии и психологии”, а другой ученик Ф. И. — проф. А. Ю. Березанцев (ныне руководителем отдела Центра им. Сербского) посвятил свой доклад биопсихосоциальным моделям психиатрии. Докладом проф. А. С. Тиганова была полноценно представлена Московская психиатрическая школа. Гостем конференции был и президент НПА России.

Конференция не только продемонстрировала на примере Ф. И. Случевского выдающийся вклад Ленинградской психиатрической школы в отечественную психиатрию, не только показала актуальность и сегодня разрабатываемой им проблематики, она сделала очередной шаг к преодолению раздробленности усилий Бехтеревского психиатрического общества, Российского общества психиатров и НПА России, но не в сторону их слияния в духе деструктивного ретроградного курса власти, который в угоду легкости манипулирования жертвует всем прочим.

Увы, день конференции ознаменовался слиянием Санкт-Петербургской государственной медицинской академии им. Мечникова и Санкт-Петербургской государственной академии последипломного образования в Северо-Западный государственный медицинский университет им. Мечникова с сокращением ряда кафедр, в частности, наркологии, психотерапии и медицинской психологии.

Пироговский съезд

27–28 октября 2011 г. в Москве состоялся VIII (XXIV) Всероссийский Пироговский съезд врачей — высшего медицинского форума страны, прямая трансляция которого шла в Интернете. Пироговские съезды с прошлого года заговорили, наконец, в полный голос, в духе дореволюционных форумов, пресеченных в 1917 г. Не случайно, как и в прошлом году, пустовало кресло, предназначенное для министра здравоохранения, не был зачитан ни доклад, ни приветствие съезду — выразительное свидетельство неспособности ответить на ту резкую критику, которую было нетрудно предвидеть, и продолжение политики игнорирования вместо жизненно необходимого сотрудничества.

Правда, в адрес съезда поступило приветствие от партии “Единая Россия”, и с приветствием выступил Г. А. Зюганов. Съезд выразил недоверие работе министерства в связи с его полной профессиональной несостоятельностью. В докладах руководства Пироговского движения было показано, что в основе новой версии законопроекта об охране здоровья граждан нет никакой концепции, без чего он обречен на декларативность и не подлежит косметическому ремонту.

Съезду предшествовали пять этапов Всероссийского медицинского обсуждения, в котором приняло участие более 80 тысяч врачей. В работе съезда участвовало 443 делегата из 76 субъектов Российской Федерации и 1271 врач из регионов России и из других государств в on-line режиме. Делегатами съезда были и представители НПА России Ю. Н. Аргунова и Ю. С. Савенко. В контрасте с дореволюционными съездами никого больше из психиатров не было. Приводим выступление д-ра Ю. С. Савенко.

“Вчера справедливо говорилось, что законопроект должна предшествовать концепция охраны здоровья. Но в основе концепции должен быть безусловный приоритет для врачей Жизни и Здоровья народа, как воплощение подлинного патриотизма, а не имперских принципов границ державы и вооружений. Специфика медицины ставит ее принципиально вне политики. Врачи вправе не пускать силовиков и спецслужбистов в свои учреждения, вправе не выполнять преступные приказы. Приоритетны международные правовые и этические документы. Советская традиция — это ничтожная цена человеческой жизни. У нас во Вторую мировую войну медицинский персонал, оказывавший медицинскую помощь немцам, нередко расстреливали, а в афганскую войну уничтожались собственные госпитали.

Насаждение в медицине пресловутой вертикали, естественной для силовых ведомств и чрезвычайных ситуаций, разрушительно в диагностике, экспертизе и

лечении больных и для самого профессионального сообщества.

Резкий разрыв в оплате главных и простых врачей и ее уровень, так же как привилегии в ведомственных поликлиниках, ведут к снижению, а не повышению профессионального уровня их штатов.

Концепция здравоохранения должна интегрировать собственный прежний и международный опыт, а также реальную общественно-политическую обстановку в стране. В неустоявшемся обществе, все быстрее скатывающемся к авторитаризму и проеденном коррупцией, неоднократные попытки реформы здравоохранения всякий раз оказывались полным блефом.

Наша система кулуарных законопроектов и ответственных решений без общественного обсуждения и научной экспертизы, правление законами вместо верховенства Права — это путь неизбежного самоуничтожения. В этих условиях концепция здравоохранения останется декларацией. В качестве предварительного условия необходима консолидация врачей в Пироговском движении. Но для этого необходимо — как здесь уже говорилось — вытравлять в себе раба.

Власть давно удовлетворяется самообманом, создавая имитации общественных структур в виде Общественной палаты, общественных советов при министерствах и других карманных организаций.

Можно ли доверять власти? Доверять можно только делам. Оба психиатрических общества в течение 18 лет упорно добивались исполнения статьи закона о психиатрической помощи о создании независимой от органов здравоохранения службы защиты прав пациентов психиатрических стационаров — наиболее уязвимой группы больных. Три года прошло, как В. В. Путин в бытность Президентом поставил положительную резолюцию на Обращение к нему по этому поводу Уполномоченного по правам человека в РФ. А киргизские коллеги в сходной ситуации подали в суд на правительство и выиграли. Наши же обращения в Генеральную прокуратуру до сих пор каруселятся. Таких примеров много.

НПА России вступила в Национальную медицинскую палату. Но мы не считаем легитимным ее вхождение в “Народный фронт” и не считаем себя членами Фронта. Нас и не только нас женили заочно и без спроса. Вчера Леонид Михайлович говорил, что и он был среди сомневающихся, но аргументировал посулами В. В. Путина дать возможность внести любые изменения в законопроект. Путин в личном общении умеет очаровать любого скептика, на то он политик. В результате, Национальная медицинская палата не только формально вошла во Фронт, но и подготовила для него программу “Здоровая нация”, которую нам раздали. Но это предвыборная политическая агитка. Правильные слова, наклеенные на режим, который

органически не в состоянии это выполнить. Власть продает нам воздух, на который мы и так вправе, а мы не говорим с ней требовательным тоном. Все наши самые большие проблемы появились не сегодня, они были и тогда, когда денег у власти было девать некуда, но они не пошли на здравоохранение, а сейчас повсеместный экономический кризис.

Деградация системы здравоохранения не только очевидна всем, она перешла опасную черту. Врачей заставляют обманывать больных, что в больницах есть все, что нужно, тогда как часто нет самого необходимого даже в московских общесоматических стационарах.

Мы видим выход в радикальном изменении системы управления. Только на путях децентрализации и профессиональной автономии и только заменив назначаемость на выборность, разумеется, с пресечением техник ее фальсификации, мы получим саморегулирующийся механизм.

Я хотел бы напомнить, как власть боится этого: за такое предложение — выборность парторганов — 50 лет назад начал свою одиссею генерал Григоренко, объявленный сумасшедшим.

Мы разделяем положения центральных докладов руководителей Пироговского движения.”

Заключая съезд, председатель Пироговского движения врачей России и председатель съезда проф. Ашот Григорьевич Саркисян привел цитату из выступления президента Д. А. Медведева: “Есть реальный дефицит общения между обществом, гражданскими силами и властью. Необходимо общаться и призывать власть к порядку”... Тем не менее, СМИ съезд не освещали.

РЕЗОЛЮЦИЯ СЪЕЗДА

Принятое на предыдущем Съезде решение об объединении профессиональных медицинских ассоциаций и обществ под эгидой воссозданного Российской медицинской ассоциацией в 1995 г. Пироговского движения врачей России состоялось. Съезд выразил удовлетворение активной работой Исполкома Пироговского движения врачей России и Оргкомитета Всероссийского Пироговского съезда врачей, созданных ими Комиссий за прошедший год, их участием в обсуждении законопроекта “Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации”.

VIII (XXIV) Всероссийский Пироговский съезд врачей рассмотрел основные вопросы и подходы к разработке Концепции развития охраны здоровья населения, включая проблемы здоровья населения и российского здравоохранения с учетом влияния на них глобального социально-экономического кризиса, изменений действующего законодательства страны, хода реформ и модернизации государственного управления, итогов и уроков реализации приоритетного национального проекта “Здоровье”.

Съезд считает необходимым повысить ответственность государства за охрану здоровья граждан, составной частью которой является организация медицинской помощи.

Съезд подтверждает профессиональную позицию Пироговского движения врачей России:

— у врача могут быть свои политические взгляды и убеждения, но они не должны влиять на его профессиональную деятельность;

— объединяясь в общероссийское профессиональное движение, врачи, защищая свои интересы, выше их и выше своих политических предпочтений ставят сохранение жизни и здоровья людей.

В период подготовки к съезду Оргкомитет VIII (XXIV) Всероссийского Пироговского съезда врачей обратился с Открытым письмом к руководству страны, лидерам всех политических партий и представителям гражданского общества с предложением рассмотреть возможность совместного формирования Координационного Совета “За здоровую и образованную Россию” для активного участия в процессах модернизации и обеспечения общественной экспертизы готовящихся решений в области здравоохранения, включая законопроекты, а также информирования общества о конечных целях и последствиях проводимых преобразований.

VIII (XXIV) Всероссийский Пироговский съезд врачей констатирует, что сложившаяся демографическая ситуация и состояние здоровья населения в Российской Федерации, имея небольшие временные позитивные колебания, в целом, не улучшаются. Предпринимаемые на государственном уровне меры по увеличению финансирования отрасли и улучшению оснащенности лечебно-профилактических учреждений и медицинских организаций научно обоснованны и неэффективны, лишь поддерживая порочность систем образования отрасли на коррупционном фундаменте незаконных платных медицинских услуг государственных и муниципальных учреждений.

Прогнозы по угрозам и опасностям, связанные с несовершенством мер по охране здоровья, сформулированные в выводах и решениях семи Всероссийских Пироговских съездов врачей на протяжении пятнадцати лет, полностью подтвердились. По важнейшим демографическим, социально-экономическим и медико-биологическим показателям, определяющим уровень здоровья населения и эффективность здравоохранения, страна стала занимать еще более неподобающее ей место среди остальных государств мира.

Пироговским движением врачей России десять лет назад были предложены на рассмотрение органам государственной власти и управления страны, руководителям лечебно-профилактических учреждений (медицинских организаций) и врачам принципы государственно-общественного управления системой здравоохранения и трехсторонний договор между врачами, пациентами и государством — “Медико-со-

циальная хартия”, получившие одобрение медицинской общественности.

Съезд отмечает, что медицинская помощь становится все более платной, все менее доступной гражданам страны и менее качественной. Значительных масштабов достигли пронизавшие всю систему здравоохранения коррупция и мздоимство, непрофессионализм и некомпетентность управления отраслью, что становится угрозой для всей социальной системы государства.

VIII (XXIV) Всероссийский Пироговский съезд врачей принял Устав Общероссийского общественного движения “Пироговское движение врачей России”. Важнейшими задачами Пироговского движения врачей России на данном этапе являются:

а) объединение профессионального медицинского сообщества страны для совместных и согласованных действий по развитию профессионального самоуправления;

б) сохранение гуманистическо-нравственных основ и традиций медицинской профессии;

в) предупреждение принятия недостаточно продуманных решений по охране здоровья населения, законов и других нормативно-правовых актов без привлечения и достижения согласия с уполномоченными экспертами общественных профессиональных медицинских организаций.

Профессиональному медицинскому сообществу должны поэтапно делегироваться и передаваться следующие функции:

а) по разработке документов системы стандартизации в здравоохранении;

б) по выполнению работ в области независимой экспертизы в здравоохранении;

в) по обязательному участию в непрерывном профессиональном образовании и оценке профессиональных компетенций специалистов.

Съезд констатирует, что в настоящее время врачи Российской Федерации не являются инициаторами и экспертами модернизации и реформ в здравоохранении, а выступают лишь пассивными исполнителями уже принятых чиновниками управленческих решений.

Минздравсоцразвития Российской Федерации в течение нескольких лет не может создать Концепцию охраны здоровья населения, включающую в себя перспективную модель здравоохранения. В этих условиях по определению нельзя принимать полноценные законы в области здравоохранения.

Фокусом всех перемен и модернизаций в здравоохранении страны до сих пор остаются исключительно административные ресурсы, органы управления здравоохранением, медицинские учреждения, система финансирования.

В органах власти и государственного управления нет понимания того, что базисом здравоохранения является система “врач-пациент”, которая должна стать основой социально-ориентированной реформы здравоохранения.

Съезд выражает недоверие Минздравсоцразвития РФ в связи с непрофессиональным, неэффективным, непоследовательным и фактически разрушительным управлением системой здравоохранения страны, нежеланием сотрудничества с врачами и демонстративно-пренебрежительным отношением к высшим профессиональным медицинским форумам страны — Всероссийским Пироговским съездам врачей.

Съезд требует незамедлительного принятия решения о реорганизации Минздравсоцразвития РФ с образованием самостоятельного Министерства здравоохранения Российской Федерации и назначения на руководящие должности профессионалов в области управления здравоохранением.

VIII (XXIV) Всероссийский Пироговский съезд врачей констатирует, что вместо **узковедомственных программ развития здравоохранения** необходимо создавать и реализовывать в РФ **общенациональные программы улучшения здоровья населения!** С этой целью необходимо исполнять инициативы предыдущих Пироговских съездов врачей, в том числе о создании при Президенте Российской Федерации **“Национального Совета по охране здоровья граждан”**, что уже неоднократно на Пироговских съездах врачей предлагалось.

Съезд требует повышения престижа профессии и существенного повышения оплаты труда врачей, медицинских сестер, персонала медицинских организаций, профессорско-преподавательских кадров, научных работников и стипендий студентов, интернов, клинических ординаторов и аспирантов, включая необходимый “социальный пакет”.

Рассматривая охрану здоровья населения как важнейшую систему национальной безопасности и жизнеобеспечения страны, Съезд считает необходимым продолжить разработку Концепции по охране здоровья населения с учетом представленных на съезде основных положений.

Для совместной работы над Концепцией охраны здоровья населения Съезд принимает решение о создании при Пироговском движении врачей России специального Комитета.

Съезд поддерживает позицию Исполкома Пироговского движения врачей России и протестует против принятия Федерального закона “Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации”, имеющего большое число принципиальных недостатков и грубых ошибок.

Съезд считает недопустимым оказание платной медицинской помощи и медицинских услуг в государственных и муниципальных лечебно-профилактических учреждениях (медицинских организациях) как противоречащее Конституции Российской Федерации.

Съезд выражает озабоченность в связи с получившей распространение практикой приглашения зарубежных специалистов, не имеющих допуска к медицинской практике в Российской Федерации, для

Преждевременны ли наши надежды?

осуществления ими практической деятельности. Необходимо установить меры ответственности руководителей медицинских организаций, допускающих нарушение законодательства РФ.

Съезд поддерживает деятельность Российской медицинской ассоциации по проекту “ГлавМедИнфо” — созданию и развитию единого информационно-коммуникационного медицинского пространства России.

Съезд рассмотрел проект Декларации, разработанный Исполкомом Пироговского движения врачей России и опубликованный в сети Интернет для широкого обсуждения. Съезд считает целесообразным принять текст данного документа за основу и продолжить его дальнейшее обсуждение, разработать программу поэтапного внедрения основных положений документа.

Для увековечивания памяти выдающихся ученых и практических врачей России Съезд рекомендует:

а) ходатайствовать об увековечивании памяти В. П. Демихова, как одного из основателей трансплантологии;

б) начать работу по выявлению существующих фактов и способов увековечивания памяти выдающихся деятелей отечественного здравоохранения.

Принято голосованием делегатов VIII (XXIV) Всероссийского Пироговского съезда врачей.

* * *

Спустя несколько дней министр Татьяна Голикова выступила в Думе, рисуя, как всегда, благополучную картину: рождаемость впервые увеличилась, а смертность снизилась, и приписывая этот результат себе. Накануне на Пироговском съезде эти данные были осмеяны ведущими демографами: к сожалению, дело в спонтанных флуктуациях, а не наметившейся тенденции — сейчас небольшой подъем, а завтра предстоит демографическая яма. Единая Россия поставила Голиковой “уд.”, все остальные партии — “неуд.”.

Но кончить стоит девизом, который предвещал Декларацию врачей России накануне Пироговского съезда: “Сильнее всех армий мира — идеи, время которых пришло!” (Виктор Гюго).

Общественный контроль закрытых учреждений (Москва, Пятигорск, Страсбург). Преждевременны ли наши надежды?

В прошлом выпуске НПЖ (стр. 84) мы писали, что Президент Д. А. Медведев при личной встрече с Уполномоченным по правам человека в Российской Федерации В. П. Лукиным одобрил его предложение распространить на психиатрические стационары действие Федерального закона “Об общественном контроле за обеспечением прав человека в местах принудительного содержания и о содействии лицам, находящимся в местах принудительного содержания” и наложил соответствующую резолюцию на это обращение, адресованную С. Е. Нарышкину и А. Д. Жукову (мы располагаем ксерокопией этого документа). Но на первых думских чтениях это дополнение было вычеркнуто.

18 лет оба психиатрических общества боролись за осуществление записанного в законе о психиатрической помощи 1992 г. **вневедомственного государственного контроля**. После огромной предварительной работы на волонтерских основаниях и даже визы Президента В. В. Путина три года назад последовал отказ Минэкономразвития и Минфина финансировать даже пилотный проект в нескольких регионах страны.

Теперь торпедируется предложение относительно **общественного контроля**, не требующего финансирования.

Итак, не исполняются не только законы, но и указания президентов, по крайней мере, их афишируемые заверения, даже в предвыборный период. Разумеется, это не остановит наших усилий в этом направлении.

6 – 7 сентября в **Москве**, а 5 – 6 октября в **Пятигорске** состоялись третья и четвертая межрегиональные **конференции “Пути преодоления трудностей общественного контроля мест принудительного содержания в Российской Федерации”**, которые были проведены в рамках реализации российского предварительного проекта Уполномоченного по правам человека в Российской Федерации и Отдела национальных структур по правам человека, пенитенциарных заведений и полиции Генерального директората по правам человека и юридическим вопросам Совета Европы. В конференциях приняли участие делегаты общественных наблюдательных комиссий Центрального, Северо-Западного, Южного и Северо-Кавказского федеральных округов, представители Совета

Европы, федеральный и региональные уполномоченные по правам человека представители Общественной палаты РФ, Совета по развитию гражданского общества и правам человека при Президенте РФ, заинтересованных министерств и ведомств, эксперты и наблюдатели.

Участники конференций отметили, что хотя Россия не ратифицировала факультативный протокол к Конвенции против пыток ООН, и в стране не создан национальный превентивный механизм (НПМ), в соответствии с ФЗ № 76 от 2008 г., в РФ **сформированы общественные наблюдательные комиссии (ОНК) за местами принудительного содержания (МПС), которые являются воплощением истинно общественного контроля.** В этом есть свои плюсы и минусы, и из этой реальности нужно исходить при планировании дальнейших действий по предотвращению пыток и ненадлежащего обращения в МПС, по разработке НПМ. Общественный контроль за соблюдением прав человека в МПС, выросший из деятельности правозащитных организаций и закрепленный федеральным законом, за последние три года проделал большой путь. ОНК созданы в 77 субъектах Федерации, 59 ОНК объединились в Совет **Общественных комиссий**, зарегистрированный как юридическое лицо, другое общественное объединение — **Ассоциация независимых наблюдателей**, включившая членов ОНК из 36 регионов, в настоящее время проходит процедуру регистрации.

Однако во многих регионах страны реализация общественного контроля по-прежнему испытывает серьезные трудности. Среди основных проблем участники отметили следующие:

1) Нежелание ведомств подвергаться общественному контролю, консерватизм администрации пенитенциарных учреждений;

2) Недостаток финансового обеспечения работы комиссий;

3) Недостаток обмена опытом между комиссиями и изучения зарубежного опыта.

4) Нехватка кандидатов в члены ОНК, их низкая квалификация, несоответствие численности ОНК количеству МПС во многих регионах;

5) Несовершенство закона – в частности, неконкретность многих формулировок;

6) Наличие ограничений в деятельности ОНК (необходимость присылать уведомления, посещать МПС одному члену комиссии, беседовать с лицами, содержащимися в МПС приватно, отсутствие возможности контролировать оказание медицинской помощи в местах принудительного содержания и т.п.);

7) Трудности взаимоотношений внутри ОНК, связанные с неоднородностью ее состава, наличием разных позиций (например, откровенно правозащитной и чисто гуманитарной, стремления установить хорошие отношения с администрацией с целью добиться общего

улучшения ситуации в ущерб рассмотрению конкретных нарушений);

8) Недостаток квалификации членов ОНК в управлении работы комиссий (отсутствие долговременных планов работы, недостаточное внимание к СМИ, неумение работать со СМИ и т.п.).

Приглашенные на конференцию представители высшего звена ФСИН, МВД, Генеральной прокуратуры РФ в своих выступлениях отметили, что обеспечение прав человека является приоритетным направлением их деятельности и заявили, что эффективно взаимодействуют с ОНК и готовы к конструктивному диалогу с членами ОНК и сотрудниками уполномоченных по правам человека. Однако в разговоре участников конференции с представителями ведомств выявилось большое количество проблем в организации такого взаимодействия, были приведены конкретные примеры нежелания ведомств сотрудничать с ОНК, стремления отмалчиваться или отписываться в ответ на обращения. Тем не менее, диалог начался, и Уполномоченный по правам человека в РФ обещал свою поддержку в его развитии.

Участники конференции уделили большое внимание сотрудничеству ОНК с аппаратами региональных уполномоченных, предлагали конкретные формы взаимодействия (совместные посещения, поддержка ОНК в медийном пространстве, помощь в организации обучения, налаживание диалога с подконтрольными учреждениями, содействие в благотворительных акциях, материальная и социальная помощь и т.п.). Некоторые участники отметили необходимость тесного сотрудничества с Общественными Палатами регионов.

*Обсуждая возможности создания НПМ в России, участники конференции пришли к выводу, что **действующие ОНК могут стать базой для создания превентивного механизма.** Для этого необходимо расширить их полномочия, распространить сферу их деятельности на психиатрические учреждения, дома престарелых, детские интернаты, воинские части и т.п., сделать уведомление о визите необязательным, разработать методы защиты членов ОНК от провокаций и давления, создать ресурсные центры для поддержки ОНК, усилить роль уполномоченного в качестве третейского судьи при разрешении конфликтов с и внутри ОНК, толковании законодательства и т.п., обеспечить преемственность в работе ОНК, создать методические материалы, разработать общие схемы работы, используя имеющийся международный опыт и опыт правозащитных организаций, работающих в этой сфере, и т.п.*

На конференциях обсуждался **план нового трехлетнего проекта**, предложенный представителем Совета Европы М. Егером и Уполномоченным по правам человека в РФ В. П. Лукиным. Проект направлен на повышение эффективности работы общественных наблюдательных комиссий и предполагает широкий

Неоказание медицинской помощи — преступление власти

спектр образовательной деятельности, в том числе по проведению инспекционных визитов в психиатрические больницы, осуществляющие принудительное лечение. Обучение будут проводить представители Европейского комитета по предотвращению пыток и члены национальных превентивных механизмов, которые имеют большой опыт посещения психиатрических клиник и предотвращения ненадлежащего обращения с их обитателями. Планируется также проведение совместных посещений мест принудительного содержания членами ОНК и международными экспертами.

17 ноября состоялась заключительная встреча рабочей группы проекта и представителей Совета Европы в Страсбурге, где был представлен спонсорам и окончательно утвержден трехлетний проект по развитию сети общественных наблюдательных комиссий. И хотя психиатрические клиники не вошли пока в число объектов, подлежащих общественному контролю в соответствии с ФЗ № 76, исполнительный директор НПА России Любовь Виноградова стала исполнителем проекта и будет заниматься организацией обучения членов общественных наблюдательных комиссий.

Неоказание медицинской помощи — преступление власти

За последние несколько лет мы, словно взойдя на более высокую обзорную площадку, вдруг явственно увидели всю панораму происходящего и уже бесповоротно происшедшего: огромность пропасти, разделяющей тех, для кого высокие слова не упаковочная мишура, и тех духовных люмпенов, для которых этика не нужна, если есть законы, которыми можно управлять.

Для врачей знаковой стала череда таких дел, как дело Сергея Магнитского и дело Василия Алексаняна (НПЖ, 2008, 1, 91; Новая газета, № 111, 05.10.11). Убийство жандармского чина за порку студента царским судом было оправдано, поведение властей в делах Магнитского и Алексаняна будит более сильные чувства.

Неоказание медицинской помощи гибнущему на глазах человеку и предложение медицинской помощи на условиях дачи требуемых показаний, а также содержание в условиях, провоцирующих гибель, — это бесчеловечное преступное поведение, которое на уровне клятвы Гиппократова, т.е. принадлежности к профессии, несовместимо с деятельностью врача и служит достаточным основанием не только для отказа от соучастия и правомочного невыполнения преступного приказа, но и для активного противодействия, независимо от содеянного осужденным.

Не смертью, и не болезнью следует наказывать преступников.

Дело Магнитского, возмущившее весь цивилизованный мир, было послано на судебно-психиатрическую экспертизу в Центр им. Сербского, как к последней привычно безотказной палочке-выручалочке. Предлогом был вызов бригады скорой психиатрической помощи, непосредственно накануне — как теперь делается ясным и документировано — **доведения до смерти** Магнитского, что отражало растерянность самых мелких невольных участников этого явного для всех неангажированных людей преступления. Осуждение крайнего — врачей вместо следователя и более крупных заказчиков — очередной циничный стереотип нашего времени. Прибывшую скорую психиатрическую помощь в результате не впустили вопреки активным попыткам д-ра Корнилова, заслужившего похвалу разбиравшихся в этом правозащитников. Когда я попытался связаться с ним через посредство руководства московской службы скорой психиатрической помощи, чтобы отметить этот достойный активный модус поведения в журнале, я встретил неожиданное сопротивление и всевозможные увертывания: “напишите благодарность, мы сами ему передадим”. Конечно, это говорили не врачи, а начальники.

ПСИХОПАТОЛОГИЯ И ТВОРЧЕСТВО

Глоссарий Хлебникова или анамнез, диагноз и эпикриз в 30 буквах

И. Б. Якушев (Архангельск)

“Когда сердце noci nocte обнажено в словах,
Бают: он безумен”.

В. Хлебников.

Азия... Вечный интерес Велимира Хлебникова к Азии определился рождением в улусной ставке Малодербетовского улуса в Калмыцкой степи, близ Астрахани, города, на улицах и базарах которого пересекались языки и наречия Востока и Запада, где в общем котле варились странные и, казалось бы, несопоставимые ингредиенты культур, где человек в полосатом халате с верблюдом в поводу был обычным явлением. “На Волге сливаются Великороссия, славянщина с обширным мусульманско-монгольским миром, который здесь начинается, уходя средоточиями своими в далекую Азию” [3], — писал В. В. Розанов. Азиатская тема в стихах Хлебникова присутствовала постоянно — или в качестве главного мотива, или как контрапункт. Амбивалентность культурного происхождения поэта, родившегося между Европой и Азией, словно предопределила некоторые из симптомов его психического заболевания (Амбивалентность — симптом психического расстройства, при котором пациент не может склониться ни к одному варианту из имеющихся в его распоряжении). Свои ранние прозаические произведения Хлебников подписывал: “АААА”.

Бред и галлюцинации, как таковые у Хлебникова в воспоминаниях его Близких не описаны. Однако, в строках стихотворения 1919 года:

“...И кто-то бледный и высокий
Стоит с дубровой одинаков” [5, 116],

этот самый “кто-то” очень напоминает шизофреническую псевдогаллюцинацию, с ее отсутствием детализации облика персонажей, особенно — на фоне двух других действующих лиц стихотворения. Зрительные псевдогаллюцинации лишены яркости красок, тусклы, умозрительны; лица и фигуры зачастую — лишь туманный силуэт. В психиатрии этот туман носит название “отсутствия признаков сенсорности”.

Велимир — этим именем Виктор Хлебников сам назвал себя. Первое, что приходит на ум психиатру в связи с этим — идеи Величия, прозрачно проступающие в имени, разделяющемся на два корня от слов

“Веление” и “мир”. “Повелитель мира”? Впрочем, для непонятливых поэт позднее уточнил смысл своего имени, дав себе звание: Председатель Земшара.

Галиматъя — этим словом очень часто называют творения Хлебникова люди, относящиеся к его произведениям, как к поэтическому недоразумению. Между тем, Глоссология, свойственная произведениям Хлебникова, сродни и шизофазии психически больных, и детскому жонглированию словами и звуками, и бормотанию юродивых, что, в конечном итоге, проясляет внутреннее родство всех этих феноменов, а, может быть, и указывает на общее происхождение от некоего единого праязыка, исчезнувшего после Вавилонского столпотворения и последовавшего за ним смешения языков.

Дорога стала для Хлебникова Домом. Он жил в Дороге. Его странствия, столь обычные для философов прежних веков, казались, по меньшей мере, странными его современникам. Дромомания, тяга к бродяжнической перемене мест, сейчас часто считается, а иногда и оказывается симптомом некоторых психических расстройств. Так же, в Дороге, жил и великий украинский философ Г. Сковорода, сказавший о себе: “Мир ловил меня, но не поймал”. Дорога стала для них обоих средством избавления от мирских мелочей и несущественных занятий, которые могли бы отвлечь от главного Дела жизни.

“Единая книга”, объединяющая сумму человеческих знаний, виделась Хлебникову вполне отчетливо. Он ждал появления этой книги, которая была бы написана на Едином, то есть — всеобщем языке и стала бы понятной для всех. Очевидно, он сам собирался написать ее. Эта книга, по его мнению, примирила бы все конфессии, все страны, все пространства и времена друг с другом. По сути, эта книга осуществила бы Царство Божие на Земле.

“Я видел, что черные Веды,
Коран и Евангелие,
И в шелковых досках
Книги монголов
Из праха степей,

Из кизяка благовонного,
Как это делают
Калмычки зарей,
Сложили костер
И сами легли на него —
Белые вдовы в облако дыма скрывались,
Чтобы ускорить приход
Книги единой,
Чьи страницы — большие моря,
Что трепещут крылами бабочки синей,
А шелковинка-закладка,
Где остановился взором читатель, —
Реки великие синим потоком:

Волга,...Желтый Нил,... Янцзекиянг,... Миссисипи,... Ганг,... Дунай,... Замбези,... Обь,... Темза,... Днепр,... Волга,... Амур..." [5, 466],

Единая книга должна была реализовать на практике утопические идеи "Философии общего дела" Н. Ф. Федорова, развивавшего мысль о том, что победа человечества над смертью необходима и неизбежна. Теория Федорова должна была быть подтверждена практикой Хлебникова, на которого доктрина философа произвела сильнейшее впечатление.

Жизнь Хлебникова длилась ровно столько, сколько необходимо для того, чтобы стать негласным, но почти аксиоматическим тестом на гениальность: 37 лет от роду он умер от заражения крови (1885 – 1922).

Звук "З" Хлебников любил едва ли не больше других и часто использовал его в стихотворениях. Быть может, начертание Звука напоминало ему о математике, — о числе 3 и прочной глубинной взаимосвязи цифр и букв; чисел и слов? Цифра же 3 является, кроме того, — и сакральной для многих фольклоров. Золотые Зерна Зодиака Звезд, Звеня, Зело Засияли Зенитным Заревом Звуков Заклятия Змеиных Зоиллов Зениц Зангези... (Зангези — поэт-пророк в одноименной поэме Хлебникова).

Инакомыслие Хлебникова, столь характерное для некоторых психических расстройств, проявлялось буквально в каждом его слове или поступке. Не только стихотворения, но и практически любая фраза его выстраивала новую, неожиданную, Иную, нежели у других людей систему смысловых координат. В разговоре с ним какой-то поэт сказал: "Таких поэтов, как я в России не больше десяти". Присутствовавший здесь же Маяковский подхватил: "А таких, как я — всего один". Хлебников задумчиво ответил: "А таких, как я и вовсе нет..." Причем это не было шуткой, но констатацией факта, который неожиданно получал сразу несколько смыслов.

"Крылышка золотописьмом
Тончайших жил..." [5, 55], —

О себе ли это сказал Хлебников? Во всяком случае, его особым почерком, напоминавшим, по воспоминаниям современников, пыльцу Крыльев бабочки, написаны тексты, смысл которых так тонок, что многие из них до сих пор не поняты до конца. Хлебников-

Кузнечик, как иконописец новейшего времени, писал золотом икону русского авангарда и футуризма.

"Летчик" — один из наиболее известных неологизмов Хлебникова, оставшийся в русском языке навсегда. (До Хлебникова представители этой профессии именовались "авиаторами"). Изобретение неологизмов является весьма характерным симптомом при шизофрении. Нередко неологизмов становится так много, что речь пациента, правильная в грамматическом отношении, делается совершенно непонятной по содержанию. Хлебников изобрел, наверное, тысячи неологизмов, причем практически все они были образованы в соответствии со строгими правилами русского языка. Комментаторы-Литературоведы постепенно выясняют, что многие из хлебниковских неологизмов, по сути, таковыми не являются; так как поэт часто использовал устаревшие или диалектные слова. И, например, строка:

«"Пинь, пинь, пинь!" — тарарахнул зинзивер» [5, 55], —

всего лишь имитация пения большой синицы, которую в народе называют "зинзивер". (И еще это — имя хлебниковской судьбы: именно зинзивер склевал кузнечика, который, "крылышка золотописьмом тончайших жил", был, быть может, alter ego поэта. (См. раздел К)).

Маяковский хранил "почтительное, почти благоговейное отношение к В. В. Хлебникову, знавшему язык, что называется, насквозь, до тончайших оттенков речи... Маяковский видел в Хлебникове неповторимого Мастера звучания, не укладывающегося ни в какие рамки науки о языке. Своего рода Лобачевского слова" [1], — писал Н. Н. Асеев. Гениальные безумцы Могут находить и даже создавать собственные закономерности и детерминанты, которые становятся впоследствии общепризнанными правилами и канонами.

Нелепый, Неадекватный, Необщительный, Неприспособленный — все эти эпитеты приносились по адресу поэта. Социальная среда Никак Не участвовала в жизни Хлебникова. Более Неприспособленного к обыденной жизни человека трудно себе представить. Свои рукописи он хранил в Наволочке от подушки. Это было его единственным имуществом. Начав читать стихотворение, Хлебников зачастую Неожиданно останавливался в середине и говорил: "И так далее...". Видимо, подразумевалось, что мало-мальски думающий человек, поняв алгоритм развития стиха, без труда поставит остальные буквы На правильные места, потому что как же иначе — судьбы людей и текстов predeterminedены Небом, и их просто Нужно увидеть. Хлебников показывал людям Божественные тексты.

Отрешенность, столь характерная для Хлебникова, его погруженность в мир внутренних переживаний создавали между ним и окружающими невидимую преграду. Шизофренический аутизм, Отгороженность, замкнутость оказывались той башней, за стена-

ми которой конструировались невиданные слова и небывалые рифмы.

Паралогизмы его стихотворений создавали иллюзию их **П**атологичности. Тем не менее, по мере **П**остижения смыслов творений Хлебникова и освоения его наследия, нам все более становится **П**онятным то, что прежде казалось темным и **П**сихически неадекватным. Высокая образованность Хлебникова требует конгенности от читателя. Комментарию проясняют то, что выглядит бредом, после чего бред, как будто исчезает. Может быть, штука в том, что высота **П**олета мыслей шизофреника недостижима для обывателей без костыля, услужливо предлагаемого комментатором?

Редукция энергетического потенциала, как один из наиболее частых исходов шизофренического процесса, наблюдалась и у Хлебникова. Например, поэт никогда не умывался, не понимая, зачем это нужно. Утрата **Р**еальных жизненных потребностей и инстинктов — вплоть до инстинкта самосохранения стала его аскезой и судьбой.

“**С**тепь отпоет”, — говорил Хлебников своим близким, опасавшимся за его жизнь во время дальних странствий поэта по миру. В **С**тепи он появился на нашей планете, из **С**тепи же должен был и улететь обратно, если бы по дороге не умер от заражения крови. Видимо, так рациональнее: не случайно первый советский космодром последователя К. Э. Циолковского, вначале прозелита, а затем и адепта идей философа Федорова построили в **С**тепях Казахстана. “...человечество распространится по всему космосу и станет единым потоком лучистой энергии, которая мгновенно пронизывает пространство и время, все знает и ничего не хочет, что является прерогативой богов”, — писал Циолковский, развивая учение Федорова.

Творчество душевнобольных — модная нынче **Т**ема. Где грань между графоманией патологии, графоманией меркантильного эпатажа и высоким косноязычием настоящей поэзии? Чем отличается большая гениальность Хлебникова от вполне здоровой, но симулирующей безумие графомании NN? — Ответ очевиден: **Т**алантом. Можно симулировать сумасшествие, но грамотный психиатр расколется симулянта. Можно имитировать вдохновение, но умелый читатель сумеет отделить зерна от плевел.

“**У**рус дервиш”, — так называли Хлебникова шииты Персии, встречавшие его на пыльных азиатских дорогах. Глаза его — цвета вылинявшего неба говорили о том, что поэт-дервиш долго смотрел в небеса, видя в них то, что недоступно обычному человеку. Впрочем, это не означает, что другим людям вообще не надо смотреть в небо.

Фермент стихов Хлебникова — стал той интеллектуальной субстанцией, которая позволила влить в старые меха русской поэзии новое вино. Председатель ЗемШара стал “поэтом для поэтов”. Его аллитера-

ции и ассонансы, его рифмы и ритмы, его словотворчество стали для одних — источником вдохновения, для других — амбаром, откуда можно безнаказанно что-нибудь слямзить. А на самом деле, его стихи — это древнескандинавский магический “мед поэзии”, — священный напиток, дарующий мудрость и поэтическое вдохновение.

Харджиев — один из наиболее внимательных, глубоких и точных исследователей творчества Хлебникова тоже был психически болен. Совершенно необъяснимая тайна: отчего психически больные люди обладают этим странным тропизмом друг к другу? Хорошо известна статистика ассортативности семей шизофреников, познакомившихся отнюдь не в лечебнице. Быть может, системы их инакомыслия ближе друг к другу, чем стандарты обывателей?

Цифры складываются в числа, словно буквы слагаются в слова. И то, и другое явление содержит в себе тайну мироздания. И то, и другое — первоэлемент, атом смысла. В основу всего воображаемого, “умного” мира Хлебников помещал $\sqrt{-1}$. Этого числа в математике нет, но именно оно и отличает гармонию — от алгебры, Моцарта — от Сальери, Хлебникова — от Брюсова. Творчество новатора начинается там, где кончается здравый смысл эпигона или версификатора.

Числа занимали Хлебникова так же, как и Пифагора. Учение пифагорейцев считало за много тысячелетий до Хлебникова, что **Ч**исло способно передавать все смыслы и скрывать в себе информацию о прошлом и будущем. И Хлебников, и Пифагор надеялись найти в гармонии **Ч**исел алгоритм всего сущего:

“Я всматриваюсь в вас, о, числа,
И вы мне видите одетыми в звери,
в их шурах,
Рукой опирающимся на вырванные дубы.
Вы даруете единство
между змееобразным движением
Хребта вселенной и пляской коромысла,
Вы позволяете понимать века,
как быстрого хохота зубы.
Мои сейчас вещеобразно разверзлись зеницы
Узнать, что будет Я, когда делимое его —
единица” [5, 79].

И ведь предсказал же поэт в 1911 году дату падения Российской империи!

Шизофрения? Конечно, **Ш**изофрения. Но такое течение заболевания в очередной раз актуализирует полемику о близости друг другу гениальности и помешательства. Иными словами, гениальность (и даже талантливость) формально является болезнью, так как отклоняется от нормы; норма же есть не что иное, как средний уровень любого из исследуемых параметров — от роста — до IQ. (Средняя температура по больнице). Совпадений гениев с психическими расстройствами так много, что впору задавать вопрос (пока что риторический): не есть ли **Ш**изофрения неправильно понятая гениальность, недоступная обыва-

телям по причине их собственной негениальности? Случай Хлебникова, как кажется, вполне подтверждает данный тезис.

Щебетанье птиц и плеск воды, ворчанье зверей и шелест трав, музыку сфер и все человеческие языки хотел объединить Хлебников в своем творчестве. Вот откуда все эти странные слова-неологизмы. Вот почему многие его стихи построены, как палиндромы:

“Кони, топот, инок,
Но не ночь, а черен он.
Идем, молод, долом меди.
Чин зван мечем навзничь.
Голод, чем меч долот?
Пал, а норов худ и дух ворона лап.
А что? Я лов? Воля отча!
Яд, яд, дядя!
Иди, иди!...” [5, 79],

и так далее... Поэт написал стихи таким образом, чтобы и европейцы-слева направо, и азиаты — справа налево могли прочесть их одинаково. Святой Франциск Ассизский разговаривал с птицами и животными, ветрами и деревьями. Он этот язык нашел, и католики почитают его святым (конечно, не только за это). Хлебников вычислял этот язык. Он хотел опровергнуть слова Ф. И. Тютчева:

“Мысль изреченная есть ложь” [4].

Смерть оборвала его изыскания. Быть может, ...

Эмоциональное оскудение, характерное для шизофренического процесса, тоже не миновало поэта. Его Эмоциональная нивелировка, выглядевшая, как отрешенность и равнодушие к тем обстоятельствам и взаимоотношениям, которые привычно считаются важными в жизни человека, были заметны всем окружающим и не удивляли только тех, кто хорошо и давно знал Хлебникова.

Юродивый на Руси и на Востоке всегда воспринимался, как учитель добродетели. Идеальный язык Юродивого — молчание, но безмолвие не дает возможности общественного служения. Юродивые должны были “ругаться миру”, обличая грехи сильных и слабых, невзирая на общественные нормы бытия. Как правило, Юродивые все же общаются с окружающими, но речь их часто маловразумительна: выкрики, междометия. Логическим продолжением такой модели общения можно считать косноязычное бормотание, “словеса мутные”, глоссолалию, издавна считавшиеся средством общения с Богом. Этот феномен абсолютно идентичен по всем признакам шизофазии или “словесной крошке” в психиатрической терминологии.

“Доум.
Даум.

Миум.
Раум.
Хоум.
Хаум.

Бейте в благовест ума!” [5, 482] —

один из многочисленных примеров хлебниковской глоссолалии, в которой, впрочем, каждое из слов имеет авторский смысл (например, “даум” — утверждающий, “раум” — не знающий преград и т.д.). Очевидно, можно говорить о том, что некоторые из Юродивых обладали способностью, которую сейчас иногда называют “прямым знанием”. И Хлебников пророчествовал, когда предсказывал год революционного переворота. Многочисленные признаки внешнего и внутреннего сходства между русским Юродивым и дервишем-мусульманином; общие черты между, казалось бы, совершенно различными культурами, религиями и этносами, относящимися, практически, одинаково к этим людям, занимающим какую-то важную нишу в жизни своих народов; сам факт существования Юродивых-дервишей на Руси и на Востоке при нераспространенности аналогичного явления на Западе, заставляет задуматься о неслучайности этих сближений. В том случае, когда речь идет о совпадении глубинном, основывающемся не только на внешнем антураже, но и на сути явления; то, видимо, можно говорить об известной идентичности не только этих, но и других культурных институтов, ибо обнаружившееся глубокое структурное сходство в такой мистико-магической сфере, как посредничество при общении с Богом, безусловно, свидетельствует о единых корнях и длительном общем пути очень близких этносов.

Язык Хлебникова — Язык пространства, а не места; времени, а не эпохи. Он неудобен (пока что) для общения людей, но необходим для понимания тайн. Он амбитендентен по сути: Язык поэта — и шифр, и код; и искусство, и наука; и звук, и мысль; и далекое прошлое, и не менее далекое будущее.

ЛИТЕРАТУРА

1. Асеев Н. Н. О поэтах и поэзии. / Н. Н. Асеев. — М.: Советская Россия. 1985. — С. 91.
2. Макаревич А. В. Сам овца. / А. В. Макаревич. — М.: Захаров. — С. 137.
3. Розанов В. В. Русский Нил. / В. В. Розанов. // В. В. Розанов. Иная земля, иное небо... Полное собрание путевых очерков 1899 – 1913 гг. — С. 345.
4. Тютчев Ф. И. Весенняя гроза. / Ф. И. Тютчев. — Тула: Приокское книжное издательство. 1984. — С. 99.
5. Хлебников В. Творения. / Велимир Хлебников. — М.: Советский писатель. 1987. — С. 55, 79, 116, 466, 482.

РЕКОМЕНДАЦИИ

Ницше Фридрих. Полное собрание сочинений, т. 2. Человеческое, слишком человеческое — М., 2011 (первый полный перевод)

Ясперс Карл. Философия. Книга первая. Философское ориентирование в мире. — М., 2012

Тиллих Пауль. Мужество быть. — М., 2011

* * *

Арендт Ханна. О революции — М., 2011

Цзе Сюань. Военный канон в 100 главах. — М., 2011

Малявин В. В. Тайцзицюань: Классические тексты. Принципы. Мастерство. — М., 2011

Лысенко В. Г. Непосредственное и опосредованное восприятие: спор между буддийскими и брахманистскими философами (медленное чтение текстов) — М., 2011

* * *

Огурцов А. П. Философия науки: XX век. Концепции и проблемы (в 3 томах) — СПб., 2011

Владимиров Ю. Метафизика (основания современной теоретической физики) — М., 2011

Будущее фундаментальной науки. — М., 2011

* * *

Гидденс Энтони. Последствия современности. — М., 2011

Луман Никлас. Реальность массмедиа. — М., 2012

Апресян Р. Г. (ред.). О праве лгать. — М., 2011

Муравьева М. Г. Вина и позор. — СПб., 2011

Яковенко И., Музыкантский А. Манихейство и гностицизм: культурные коды русской цивилизации. — М., 2011

Гуриев С. Мифы экономики. Заблуждения и стереотипы, которые распространяют СМИ и политики — М., 2011

* * *

Тищенко П. Д. На гранях жизни и смерти. Философские исследования оснований биоэтики. — СПб., 2011

Нанси Жан-Люк. Сексуальные отношения? — СПб., 2011

* * *

Бэр М. (ред.). Нейропротекция. Модели, механизмы, терапия. — М., 2011

* * *

Сталинский диптих (сост. Леонид Геллер). Труды Лозаннского симпозиума — М., 2011

Гейгер М., Фицпатрик Ш. (ред.). За рамками тоталитаризма. Сравнительные исследования сталинизма и нацизма. — М., 2011

Сарнов Бенедикт. Империя зла. Невыдуманные истории. — М., 2011

Сарнов Бенедикт. Империя зла. Судьбы писателей. — М., 2011

Карякин Юрий. Бес смертный. Приход и изгнание. — М., 2011

Петров Никита. Палачи. Они выполняли заказы Сталина. — М., 2011

Касьянов Г., Миллер А. Россия — Украина. Как пишется история. — М., 2011

Михник Адам. Антисоветский русофил. — М. — Вроцлав, 2011

Хессе Хельге. Принцип Черчилля. Стань личностью — добьешься успеха — М., 2011

ABSTRACTS

Schizophrenia, its Phenomenology and Nosographic Place

E. B. Snedkov (Saint-Petersburg)

In psychiatry substitution of the concept of schizophrenia, described earlier in the works of E. Krepelin, E. Bleyer, K. Leongard and other prominent scientists, had taken place. Differentiated clinical detailed analysis of two absolutely different phenomena — of schizophrenic dissociation of thinking and schizophrenia for the first time was presented by well known Russian psychiatrist F. I. Sluchevski in his monograph "Atactic thinking and schizophrenia" (1975). The article presents analysis of causes and consequences of mixing and substitution of concepts in psychiatry, singles main distinguished features of schizophrenia, makes attempts of pathophysiological explanations and definition of its place in classification system.

Key words: schizophrenia, dissociation of thinking, sensory aphasia, conduction aphasia, classification of mental disorders

Criminal Responsibility for Unlawful Admission to Psychiatric Institution

Yu. N. Argunova

There is the most full and detailed characteristic of the crime stipulated by Article 128 of the RF Criminal Code. Cases of unlawful hospitalization to psychiatric facility related to other Articles of the RF Criminal Code have

been described. Presented is comparative analysis of opinions of lawyers on the most complicated problems of qualification of the given crime. Grounds are given for own attitude of the author in relation to concept of "unlawful admission" and to subject of the given crime.

Key words: mental hospital, grounds and procedure for admission in mental institutions, a psychiatrist's decision, intent, negligence, responsibility.

Clinical and Social Risk Factors of Aggressive Criminal Action Against Life and Health of Women with Personal Disorder. Forensic Psychiatric Analysis

V. V. Rusina, E. V. Povaljuhina (Voronezh)

The aim of the present study was to examine the relationship between crimes against life and health committed by women with personal disorder and life circumstances versus control group of mentally healthy female offenders. The motivations and mechanisms of aggression were investigated. Forensic psychiatric criteria were assessed. Few independent social risk factors were found to predict violence. Risk factors were associated with cluster B personality disorders, growing up in families with violent parental relationships, perpetration of child abuse and maltreatment. Some risk factors were associated with criminal antisocial environment.

Key words: personal disorder, women offenders, crimes against life and health, forensic psychiatric criteria, risk factors.

РЕКОМЕНДУЕМ

RELIGION AND PSYCHIATRY

**Peter Verhagen, Herman M. Van Praag, Juan Jose Lopez-Ibor, Jr.,
John Cox, Driss Moussaoui**

March 2010. Hardcover, 680 pages
Wiley-Blackwell: 9780470694718

£128/€165/\$210

www.wiley.com