

ISSN 1028-8554

НЕЗАВИСИМАЯ ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ АССОЦИАЦИЯ РОССИИ
INDEPENDENT PSYCHIATRIC ASSOCIATION OF RUSSIA

**НЕЗАВИСИМЫЙ
ПСИХИАТРИЧЕСКИЙ
ЖУРНАЛ**

**INDEPENDENT
PSYCHIATRIC
JOURNAL**

**ВЕСТНИК НПА
IPA HERALD**

III

2007

МОСКВА

Издание НПА

Регистрационный номер журнала 0110764

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

МЕЖДУНАРОДНЫЙ
РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ
ПО ФЕНОМЕНОЛОГИЧЕСКОЙ
ПСИХИАТРИИ

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

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ

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

INTERNATIONAL
EDITORIAL COUNCIL
ON PHENOMENOLOGICAL
PSYCHIATRY

Alfred Kraus (Heidelberg)
K. W. M. Fulford (Warwick)
Michael Alan Schwartz (Boston)

EDITORIAL BOARD

Yuri Savenko (Editor-in-Chief)
Yulia Argunova
Anatol Bogdan
Mark Burno
Liubov Vinogradova
Boris Voskresenski
Victor Kagan
Grigori Kotikov
Alexander Magalif
Vladimir Prokudin

Сдано в набор 05.09.2007. Подписано в печать 28.09.2007. Формат 60×84 1/8.
Бумага типографская офсет № 1. Гарнитура “Таймс”. Печать офсетная.
Тираж 1000 экз. Заказ № 2007-03-ИРА.

Цена свободная

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

СОДЕРЖАНИЕ

“1937”. 70-ЛЕТИЕ БОЛЬШОГО ТЕРРОРА И ПСИХИАТРИЯ	5
70-ЛЕТИЕ РАССТРЕЛА САМОГО ВЫДАЮЩЕГО СЯ РУССКОГО ФЕНОМЕНОЛОГА Густав Густавович Шпет	7
15-ЛЕТИЕ ЗАКОНА О ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ	9
АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ПСИХИАТРИИ	
Личностно-ориентированная психиатрия: медицинские науки и гуманизм — Хуан Меззич (Нью-Йорк, США)	11
К вопросу об усовершенствованных классификационных и диагностических системах: МКБ-11 и личностно-ориентированный интегративный диагноз — Хуан Меззич, Ихсан Салоум (Нью-Йорк – Питсбург, США)	15
Ответственность психиатров за не соответствующее стандартам лечение и профессиональную небрежность в США — В. В. Мотов (Тамбов)	21
Стратегические уровни социальной наркологии — Т. Н. Дудко	34
КЛИНИЧЕСКИЕ РАЗБОРЫ	
Атипичный психоз	36
ПСИХИАТРИЯ И ПРАВО	
Из практики Верховного Суда Российской Федерации. Часть 2 — Ю. Н. Аргунова	46
ИЗ ДОСЬЕ ЭКСПЕРТА	
Дух ксенофобии в СПЭ. “Понаехали тут всякие..”	51
СУДЕБНАЯ ПСИХИАТРИЯ	
Критерии расстройства личности, издержки деинституционализации, накопление лиц с психическими расстройствами в пенитенциарных учреждениях, недобровольная госпитализация (обзор) — В. В. Мотов (Тамбов)	55
ОБСУЖДЕНИЕ РЕФОРМЫ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ	
На подступах к реформе на опыте Приморского края — А. А. Коломеец (Владивосток)	62
Реформирование психиатрической службы. Опыт США и Европы — Л. А. Цыганок (Владивосток)	64
ХРОНИКА	
Дело Ларисы Арап или как можно поместить любого в психиатрическую больницу	75
Нападение на сайт НПЖ	77
Дело Елены Поповой. Произвольная трактовка опасности и принудительное помещение в психиатрическую больницу в угоду начальству	78
Неужели антипсихиатры правы?	80
ИСТОРИЯ	
Взгляд очевидца на предысторию принятия закона о психиатрической помощи — А. А. Ковалев	82
Старая фотография — М. Е. Бурно	91
ПОСМЕЕМСЯ ВМЕСТЕ	92
ПСИХОПАТОЛОГИЯ И ТВОРЧЕСТВО	
К 50-летию пьесы “Носорог” Эжена Ионеско	94
НЕКРОЛОГ	
Владимир Григорьевич Батаев	98
РЕКОМЕНДАЦИИ	100
АННОТАЦИИ	101

CONTENTS

“1937”. 70-TH ANNIVERSARY OF GREAT TERROR AND PSYCHIATRY	5
70 YEARS SINCE EXECUTION OF THE MOST SIGNIFICANT RUSSIAN PHENOMENOLOGIST Gustav Shpet	7
15-TH JUBILEE OF THE RF LAW ON PSYCHIATRIC CARE	9
URGENT PROBLEMS OF PSYCHIATRY Psychiatry for the Person: articulating medicine’s science and humanism — J. E. Mezzich	11
Towards innovative international classification and diagnostic systems: ICD-11 and person-centered integrative diagnosis — J. E. Mezzich, I. M. Salloum	15
Liability of psychiatrists for substandard treatment and professional negligence in the USA — V. V. Motov (Tambov)	21
Strategic levels of social narcology — T. N. Dudko	34
DISCUSSION OF A CLINICAL CASE Atypical psychosis	36
PSYCHIATRY AND LAW From the RF Supreme Court’s practice. Part 2 — Yu. N. Argunova	46
FROM AN EXPERT’S DOSSIER Xenophobia spirit in forensic psychiatric evaluation. “All unwelcome people came here...”	51
FORENSIC PSYCHIATRY Criteria of personality disorders, deinstitutionalization consequences, accumulation of people with mental disorders in penitentiary establishments, involuntary hospitalization (review) — Motov V. V. (Tambov)	55
DISCUSSION OF PSYCHIATRIC SERVICE REFORM On approach to the reform on the experience of Primorski territory — A. A. Kolomeets (Vladivostok)	62
Reforming of psychiatric service. Experience of the USA and Europe — L. A. Tsyganok (Vladivostok)	64
CHRONICLE Case of Larisa Arap or how one can admit anyone to mental hospital	75
Attack to the IPA web-site	77
The case of Elena Popova or arbitrary interpretation of danger and involuntary hospitalization in mental hospital to please authorities	78
Is it possible that antipsychiatrists are right?	80
HISTORY Eye-witness view on the prehistory of the Law on psychiatry care introduction — A. A. Kovalev	82
Old photo — M. E. Burno	91
LET’S LAUGH TOGETHER	92
PSYCHOPATHOLOGY AND CREATIVENESS To the 50-th jubilee of the play “Rhinoceroses” by Eugene Ionesco	94
OBITUARY Vladimir Grigorievitch Bataev	98
RECOMENDATIONS	100
ABSTRACTS & TRANSLATIONS	101

70-ЛЕТИЕ БОЛЬШОГО ТЕРРОРА И ПСИХИАТРИЯ

Масштабы жестокости и жертв расстрелов и каторжных концлагерей, совершенные советской властью против собственного народа, не имеют равных в мировой истории. Попытки объяснить их массовой паранойей, психической эпидемией населения, паранойей установкой Сталина и т.п. не только наивны с научной точки зрения, но снимают ответственность с идеологов, инициаторов, руководителей и исполнителей преступных планов и приказов.

“1937 год” — только пик террора. Не ограничивался он и “сталинской культурной революцией” (1936 – 1938). На деле террор фактически не прекращался с Октябрьского переворота до смерти Сталина, т.е. длился 36 лет, в три раза дольше гитлеровского режима. “На январь 1937 г. в тюрьмах и лагерях уже находилось 5 миллионов человек. С января 1937 года по декабрь 1938 года было арестовано 7 миллионов человек (не считая уголовников). Из них было расстреляно около 1 миллиона, умерло в заключении еще около 2 миллионов”¹ (1). За 1935 – 1940 гг. арестовано 19 миллионов, из них погибло 7 миллионов, за 1926 – 1953 гг. погибло 21,5 миллионов. Террор распространялся на родственников репрессированных, даже на детей с 12 лет, включая расстрел и санкции за недоносительство (в СССР с 1935, в Германии с 1944). Люди уничтожались в плановом порядке, по разнарядке, заочно, без суда.

Уничтожались не просто миллионы людей, в первую очередь истреблялись лучшие во всех сферах общественной жизни, даже в рядах собственного руководства, в партии, армии, госаппарате, “все, кто мог проявлять инициативу, кто сохранял веру в моральные ценности”.

“По своим размерам репрессии 1935 – 1938 годов уступают размерам жертв крестьянского геноцида 1930 – 1934 гг... Но начиная с 1935 г., объектом террора было все общество”. В 1936 г. начинается травля Д. Шостаковича и Н. Вавилова, в 1937 — В. Мейерхольда и С. Эйзенштейна. В 1938 г. расстреляны Борис Пильняк и Артем Веселый, в концлагере погиб Осип Мандельштам, о котором тогдашний секретарь Союза писателей писал наркому внутренних дел СССР Ежову: “автор похабных клеветнических стихов о руководстве партии и всего советского народа”, которые “особой ценности не представляют” (2, 412).

¹ Называемое сейчас вдвое меньшее число жертв связано, прежде всего, с системой подсчета, с опорой либо на непосредственно документированные данные, либо на комплексный подход и косвенные методы.

В доносах секретно-политического отдела ГУГБ НКВД СССР о настроениях среди писателей в январе 1937 г. приводятся их откровенные высказывания: “Мы мелкие трусливые твари” (2, 348), “сейчас перед многими из нас стоит вопрос об уходе из жизни” (2, 349). Но еще в 1934 г. относительно Первого съезда советских писателей характерно признание: “Добрая половина людей, сидевшая в зале, желала бы говорить человеческим, а не холуйским языком, ... а мы сидим и аплодируем, как заводные солдатики, а подлинники художники слова, борцы за национальную культуру гниют где-то в болотах Карелии и в застенках ГПУ” (2, 233). В 1940 г. расстреляны Всеволод Мейерхольд и Исаак Бабель...

Уходят в небытие не только выдающиеся писатели и ученые (Отто Бауэр, Матвей Бронштейн, Ганс Гельман, Евгений Поливанов, ...из медиков Д. Д. Плетнев и лучший министр здравоохранения Г. Н. Каминский), но целые научные школы и направления, даже целые науки. И даже прежде негибкие резкие критики режима — И. П. Павлов и В. И. Вернадский — в 1936 г. радикально меняют тон. Другие пытаются спасти жизнь публичными покаяниями, доносами и оговорами.

Никакой внешний враг никогда не был бы в состоянии нанести такой урон. Таковы неизбежные следствия самого государственного режима, не требующие привлечения психиатрических спекуляций.

Очень характерно, что все это преподносилось с 1935 г. как новый курс, “новая эпоха в развитии советской демократии”, выражение “подлинного гуманизма”, марксистско-ленинского мировоззрения, которое несет “подлинный расцвет личности”.

Для психиатрии эта эпоха сказалась особой психопатологической тематикой, даже особой структурой и динамикой психической заболеваемости, особыми формами развития и изменения личности, вплоть до ее ранней инвалидизации, особыми реактивными состояниями типа посттравматического стрессового расстройства с алкоголизацией и суицидами, — голос совести, как реальные Немезиды, преследовал участников отрядов продразверстки. Описанная П. Б. Ганнушкиным динамика психопатий все еще прочитывается вне исторического контекста. А директивная установка II Всесоюзного съезда психиатров 1936 г. на резкое сокращение диагностики шизофрении и ее границ все еще не осмыслена как ярчайший пример социологизации и политизации научного знания. Наконец, судьбы ведущих и по настоящему выдающихся психиатров не рассматриваются как единое целое с

их профессиональными установками. Это грандиозное по размаху и значимости неисследованное у нас поле, не для одной только банальной хронологии истории психиатрии, а для анализа путей самого научного знания в психиатрии, понять которые невозможно, не переболев Фуко.

Так губилось с 1921 года и было окончательно погублено в 1937 году наиболее глубокое и до сих пор наиболее перспективное антрополого-феноменологическое направление в психиатрии. В 1937 г. это арест и гибель в тюрьме одного из лидеров феноменологического направления в психиатрии Николая Павловича Бруханского, которому отечественная психиатрия обязана первым конспективным переводом “Общей психопатологии” К. Ясперса (60 страниц текста). Другой лидер этого направления — Лев Маркович Розенштейн, опиравшийся на Ясперса и описавший независимо от Майер-Гросса онейроидный синдром, успел умереть в 1935 г. своей смертью, но это не спасло от репрессий его жену и дочь.

Наконец, в 1937 г. были расстреляны — самый выдающийся отечественный феноменолог, философ и психолог, точнее антрополог, что как раз и соответствует в норме психиатрии, — Густав Густавович Шпет и выдающийся религиозный мыслитель и ученый о. Павел Флоренский.

Накануне, в 1936 г., была разгромлена педология — целостная наука о ребенке, антропология детского и юношеского возраста, включающая в себя детскую психиатрию. Разгромлена, несмотря на то, что ее возглавляли уже не основоположники отечественной педологии, активно противостоявшие идеологизации науки, — А. П. Нечаев (1901) и В. М. Бехтерев (1903), организаторы первых лабораторий, институтов, а также мульдисциплинарных съездов 1923 и 1924 гг., а возобладавшие на этих съездах демагоги — психолог проф. К. Н. Корнилов и психиатр проф. А. Б. Залкинд, бросившие лозунг о необходимости создания особой “советской психологии” и “советской педологии”.

Процесс разгрома начался еще в 1921 году, когда Г. И. Челпанов и Г. Г. Шпет были отстранены от преподавания, а в 1923 году Георгий Иванович Челпанов, основатель лучшего тогда в мире по всеобщему признанию Института психологии, “главный враг материализма в российской психологии”, развивавший вместе с Г. Г. Шпетом феноменологическое направление в России, был заменен на посту созданного им в 1912 году Института посредственностью — Корниловым, непонимание которым даже того же марксизма Челпанов сразу ясно показал. Но кого интересовала убедительность доводов?

Итак, в 1936 году дискуссии различных направлений педологии сменились требованием “покаяться” и “разоружиться”, что еще загодя поспособствовало безвременной кончине многих их лидеров. Последовало постановление ЦК ВКП(б) о педологии и психотехнике. Антропологическое направление в лице педологии было уничтожено, основатель отечественной психотехники Исаак Шпильрейн арестован в 1935 году и расстрелян в 1937, экспериментально-психологические лаборатории закрыты на 35 лет, а феноменологическое направление вообще не могло существовать при советской власти как антипод любой предвзятой, любой ангажированности, не говоря о воинствующей партийности. Но упорное в четырех поколениях выведение новой породы человека — homo soveticus — дало тот же результат, что отрубание Августом Вейсманом хвостов у мышей.

Ю. С. Савенко

ЛИТЕРАТУРА

1. М. Геллер, А. Некрич. История России. Утопия у власти 1917–1945. В 4 томах. Т. 1. — М., 1996.
2. Власть и художественная интеллигенция. Документы 1917–1953. — М., 1999.
3. Репрессированная наука. Вып. 1. Л., 1991; вып. 2. СПб., 1994.
4. Э. И. Колчинский. Биология Германии и России — СССР. СПб., 2007.

7-ой Международный форум РАССТРОЙСТВА НАСТРОЕНИЯ И ТРЕВОЖНЫЕ РАССТРОЙСТВА

5 – 7 декабря 2007 г., Будапешт, Венгрия

Тел.: +377-9797-3555;
E-mail: ifmad@publiccreations.com;
www.aim-internationalgroup.com/2007/ifmad

70 ЛЕТИЕ РАССТРЕЛА САМОГО ВЫДАЮЩЕГОСЯ РУССКОГО ФЕНОМЕНОЛОГА ГУСТАВ ГУСТАВОВИЧ ШПЕТ (1879 – 1937)



Г. Г. Шпет. Незадолго до ареста



Г. Г. Шпет. Тюремная фотография

Густав Густавович Шпет — самый выдающийся отечественный философ-феноменолог, создатель отечественной герменевтики (1914), психологической антропологии (1917), феноменологической эстетики (1922), впервые употребивший в русской литературе термин “семиотика” (1916), и развивший семиотический подход, который лег в основу работ Московского лингвистического кружка, искусствоведа, литературовед, педагог, организатор вместе с Г. И. Челпановым Института психологии и много много другого.

Это был необыкновенно всесторонне одаренный человек, владевший 17 языками, остро критический, независимый, ироничный ум, внесший крупный вклад во все сферы своей многообразной деятельности. Это был один из любимых учеников Э. Гуссерля (1910 – 1913), с которым потом переписывался, впервые приложивший феноменологию к социальной жизни, предвосхитивший поворот европейской философии от феноменологии к герменевтик. Это был первый русский философ, который мог на равных говорить с лидерами европейской философии, и который ввел своими трудами отечественную философию в русло мировой философии.

Г. Г. родился в Киеве. Окончив там два курса физико-математического факультета, был исключен и

выслан “за хранение и распространение” социал-демократической литературы, через год восстановился на историко-филологический факультет, активно участвуя в психологическом семинаре Г. И. Челпанова, сразу обнаружив незаурядный уровень. Его первые работы “Память в экспериментальной психологии”, “Проблема причинности у Юма и Канта” относятся к 1905 г. Уже в первой из них он с редкой пронизательностью показывает несостоятельность всех разнообразных версий “теории следов”, которая — вопреки парадигматической архаичности самого стиля мышления — до сих пор определяет представления наших психиатров. Шпет подробно критически разбирает аргументацию не только психологов вундтовской ориентации, но и столпов психиатрии Пауля Флексига, Теодора Мейнерта, Г. Маудсли, С. С. Корсакова. Он рецензирует, переводит и редактирует множество философских и психологических монографий, в частности “Мозг и душа” Г. Челпанова и А. Фореля (проблема, разделявшая в России Кавелина и Челпанова с Сеченовым), пишет обзоры. В 1907 г. по приглашению Челпанова переезжает в Москву как приват-доцент Московского университета, активный участник Московского психологического общества. Политическое прошлое лишило его права преподавать в государственных учебных заведениях.

ях, поэтому он преподает на Высших женских курсах и в Народном университете им. Шанявского. В 1910 – 1913 гг. стажирется в университетах Берлина, Парижа, Эдинбурга и Геттингена, где сближается с Гуссерлем, результатом чего стала выдающаяся работа “Явление и смысл” (1914). Резко критикует с этих позиций книгу В. Зеньковского о психической причинности. Резкость тона легко создавала ему недоброжелателей. В 1916 году защищает монументальную диссертацию “История как проблема логики” (1100 стр.), где за два года до Шпенглера закладывает новую методологическую основу исторической науки. Впервые опубликованная в 2002 году, она по-прежнему актуальна. В 1917 – 1918 гг. выходит одна из наиболее значительных его работ “Предмет и задачи этнической психологии”, он работает над книгами “Психологическая антропология” (1917) и “Герменевтика и ее проблемы” (1918), которые опубликованы только в 1989 – 1991 гг. В 1919 – 1920 гг. активно участвует в работе Московского лингвистического кружка (Р. Якобсон, Г. Винокур, Р. Шор, Б. Ярхо), организует при Московском университете первый в России кабинет этнической психологии. В 1921 году он — директор созданного им Института научной философии. Основывает Вольную ассоциацию творческой и вузовской интеллигенции в Петербурге. Вице-президент Государственной Академии Художественных Наук (ГАХН). В 1922 г. — единственный — добивается через Луначарского отмены своей высылки из России на “философском пароходе”. Пишет “Очерк развития русской философии”, “Эстетические фрагменты”, “Театр как искусство”. В 1924 г. — знаменитая полемика с Б. Ярхо. В это время Шпет еще и заместитель председателя Всероссийского союза писателей и постоянный член Художественного совета МХАТа. Его друзья — А. Балтрушайтис и А. Белый. В 1927 г. выходят “Введение в этническую психологию” и “Внутренняя форма слова”, где он, развивая традиции В. Гумбольта, впервые подводит фундамент под теорию внутренних форм. В 1928 году, когда Шпет был выдвинут в члены Академии Наук, началась ее советизация и чистка. В 1930 г. он был уволен из ГАХН по сокращению штатов. Ему запрещено занимать руководящие должности и преподавать. Даже разрешения на переводческую деятельность удалось добиться с большим трудом. В 1931 – 1935 гг. Шпет принимает активное участие в постановках Мейерхольда, Таирова и Станиславского, переводит Байрона, Диккенса, Теккерея, пишет к ним, а также к 10 трагедиям Шекспира грандиозные комментарии.

В 1935 году Шпет арестован по сфабрикованному делу о создании немецкой фашистской организации. Предлогом послужили участие в составлении немецко-русского словаря под редакцией Е. Мейер и кампания по аресту людей с немецкими фамилиями (по происхождению он был поляк). К тому же Шпет был женат на племяннице Александра Гучкова. Шпет был сослан на пять лет в Енисейск, хлопотами МХАТа переведен в Томск. Даже переводы он был вынужден публиковать анонимно. Он переводит Теннисена, “Три разговора” Д. Беркли и “Феноменологию духа” Гегеля. Этот выдающийся перевод был опубликован только в 1959 году без имени автора. В 1937 году Шпет был расстрелян.

Хотя Шпет был реабилитирован еще в 1956 году, его труды начали возвращаться только с середины 1980-х годов.

Феноменологические, герменевтические и антропологические вклады Шпета, его диалектическая философия языка, работы по логике, эстетике, лингвистике, филологии, искусствоведению, его концепции национальной идентичности, причин отставания отечественной философии и психологии, феномена “русской интеллигенции” и многие другие целиком сохранили свою значимость и спустя 80 лет.

Как справедливо пишут В. П. Зинченко и Т. Д. Марциновская, Г. Г. Шпет остается непрочитанным, неувоенным, неинтегрированным многими поколениями психологов, включая и настоящее. Он труден, он значительно превосходит нынешний уровень обсуждения, так как в его лице психолог совмещается с выдающимся философом-феноменологом и герменевтиком. Читая его, каждый понимает его на своем уровне. Его ироничный, свободный от предвзятости стиль мышления располагает к разным прочтениям. Он неизбежно отторгался поколениями, воспитанными на материализме, марксизме, прогрессизме, тем более как репрессированный. Между тем, он превосходил самых чтимых сейчас своих младших современников М. М. Бахтина и Л. С. Выгодского, творивших в заданном пространстве официальной идеологии.

Перед нами автор, который — адекватно прочитанный — с необходимостью должен быть введен в научный оборот отечественной и мировой психологии и психиатрии.

Ю. С. Савенко

15-ЛЕТИЕ ЗАКОНА О ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

Принятие Закона **“О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании”** — это эпохальное событие в истории отечественной психиатрии, это — наконец, установление правовой основы психиатрической помощи и, прежде всего, опосредование всех недобровольных мер через судебную процедуру. Это — **основное достижение российской психиатрии постсоветского периода, фундамент принципиально нового отношения к психически больным** как сохраняющим все гражданские и политические права и свободы. Это чрезвычайное по своей значимости и последствиям событие, с которым должна и вынуждена считаться также и академическая психиатрия, долгое время игнорировавшая социальные последствия своей диагностики, словно это какие-то отдельные не связанные друг с другом вещи: развернутый индивидуальный диагноз и дальнейшая жизнь человека.

Основные вехи на пути к закону это:

– работа Павла Ивановича Якобия 1900 года **“Основы административной психиатрии”**, имевшая подзаголовок **“Мотивировка к ходатайствам... земств об организации психиатрического дела в России и о законодательстве об умалишенных”**;

– проект первого закона 1911 года, подготовленный Николаем Николаевичем Баженовым, но отвергнутый Первым съездом Русского союза психиатров и невропатологов;

– решительно заявленное в 1928 г. Н. П. Бруханским вслед за Н. Н. Баженовым положение, что **“те отрывочные статьи законов, указы и циркуляры, который существуют, не могут считаться законодательством и их кодифицировать невозможно: законодательства у нас нет, и может быть речь только о необходимости создать таковое”**. Действительно, в советскую эпоху закон заменяли министерские инструкции и отдельные статьи в гражданском и уголовном законодательстве, тщательный комментарий которых от Н. П. Бруханского в 1928 г. до А. И. Рудякова в 1970 – 1980 гг. не мог заменить закон. Так, Бруханский по поводу редакции принятого тогда УК 1926 г. писал, что он **“еще мнетя в кругу отживших своей век идей и характеризуется глубокой несогласованностью с основными научными взглядами”** на преступность, как социальное понятие, и преступника, как био-социальное понятие. Отсюда в нем **“принцип пропорции между характером социально опасного действия и судебно-исправительной мерой, который все еще незыблем и исходит из принципа возмездия. Но понятие об ответственности не может быть научным критерием... А в УК 1926 г. центр тяжести переносится на обществен-**

ную опасность преступления”. Причем главными отягощающими обстоятельствами объявляются (ст. 47):

“а) совершение преступления в целях восстановления власти буржуазии;

б) совершение преступления лицом, в той или иной мере связанным с принадлежностью в прошлом или настоящем к классу лиц, эксплуатирующих чужой труд;

в) возможность нанесения совершением преступления ущерба интересам государства или трудящихся, хотя бы преступление и не было направлено непосредственно против интереса государства или трудящихся”, и т.д. и т.п.

Родоначальником юридически выверенной позиции в области психиатрии стал ведущий специалист по математической логике Александр Сергеевич Есенин-Вольпин, автор знаменитой **“Памятки для тех, кому предстоят допросы”**, который на своем собственном примере в 1968 г. доказал наибольшую результативность оспаривать правовые, а не собственно психиатрические диагностические проблемы, и бороться за выполнение властью собственных законов и Конституции.

Вопреки, казалось бы, давно созревшей напряженной востребованности в силу 80-летней задержки принятия закона по сравнению со всеми развитыми странами, беспрецедентным в истории масштабам использования психиатрии в политических целях, упорно отрицавшихся в течение двух десятилетий (1968 – 1988), принятие Закона проходило в драматических обстоятельствах.

Решение разработать Закон в области психиатрии было принято на исходе советской власти, сверху, под угрозой экономических санкций со стороны США. Это не значит, что принятие закона носило внешний искусственный характер. Наоборот, правовая регуляция — это неизбежный универсальный путь развития. Угроза санкций только решительным образом ускоряла движение в этом направлении. Решение о разработке Закона и первая версия Закона были приняты еще при советской власти. Первоначально проект Закона был разработан в Институте государства и права АН СССР юристами проф. С. В. Бородиным и С. В. Полубинской на основании международного опыта. Затем 5 января 1988 года, игнорируя эту работу, сверху был спущен Указ Президиума Верховного Совета СССР, Положение которого легло в основу приказа Минздрава СССР № 225 **“О мерах по дальнейшему совершенствованию психиатрической помощи”**. В самом начале 1989 года в тогда еще ведущем журнале **“Коммунист”** усилиями Отто Лациса была помещена статья наших будущих юрист-консу-

льтантов А. Е. Рудякова и Б. А. Протченко с резкой критикой этого приказа.

В октябре 1989 году на Конгрессе Всемирной психиатрической ассоциации (ВПА) в Афинах среди пяти условий возвращения Всесоюзного общества психиатров в эту организацию —

признания системы использования психиатрии в немедицинских целях;

реабилитации пострадавших;

обновления психиатрического руководства;

приема инспекционных комиссий ВПА, было и принятие Закона о психиатрической помощи.

В июле 1990 года в малоизвестном журнале “Врач” был опубликован отчет американской делегации (26.02 – 12.03.1989), ответ на него, заверения, данные советской делегацией ВПА, и подготовленный Минздравом проект В. П. Котова — И. Я. Гуровича (под руководством В. Ф. Егорова), с которым уже тогда мы не согласились. Котов активно защищал патерналистскую модель, мы доказывали, что отстаивание равноправия патерналистского и правового принципов, общества и личности, оставляет в тупике. Это не fifty-fifty. Только решительное предпочтение личности делает общество гуманным. Таков вывод правового опыта развитых стран: “Общество, которое предпочитает защищенность — свободе, оказывается и без свободы, и — в конечном счете — без защищенности”. Тогда же при Верховном Совете СССР была сформирована комиссия по разработке Закона под председательством Андрея Евгеньевича Себенцова, треть (пятеро) членов которой составляли члены НПА, в частности, А. И. Рудяков, С. С. Гурвиц, И. Я. Дашевский. Подготовленные проекты Закона, в числе прочих и проект д-ра Дашевского от НПА, были приняты комиссией, но работа в соответствии с новой концепцией велась заново, очень интенсивно, в последние месяцы по пять часов кряду два раза в неделю, чтобы успеть к приезду комиссии ВПА. Осенью 1991 года на заседании Комитета по здравоохранению Верховного Совета СССР Закон был одобрен, в частности, в выступлениях четырех членов комиссии ВПА. Но за этим последовало крушение Советского Союза.

В 1992 году при Верховном Совете РФ была создана новая комиссия с новой концепцией разработки закона под председательством Владимира Михайловича Когана, четверть членов которой составили представители НПА. В итоге комиссия достигла консенсуса, но в ходе так наз. юридической экспертизы в текст закона незаконным образом было внесено несколько принципиальных ухудшений. Например, министерства и ведомства наделялись правом принимать “правовые” акты, вместо “нормативные”, как было в исходном тексте.

С 1 января 1993 года закон вступил в силу. Первые годы были неутешительны в силу отсутствия гарантий его исполнения, что подчеркивалось нами с самого начала. Когда мы отпечатали Закон в 1993 году 50-тысячным тиражом для массового читателя, целый ряд руководителей ПНД Москвы отказались его распространять. Со временем это удалось преодолеть.

Знание Закона стало обязательным при сдаче сертификационного экзамена. Для популяризации закона среди населения мы издали его краткое популярное изложение (М. Н. Богдан, С. С. Гурвиц) (НПЖ, 1996, 4, 62 – 63).

Консенсус в ходе работы над законом определялся грандиозным историческим моментом, духом времени. Как только в 1995 года начался откат от демократических завоеваний, а особенно с 1997 года, когда Центр им. Сербского перестал выполнять постановления судов о включении членов НПА в свои экспертные комиссии, отчетливо выступила разнородность бывшего состава комиссии и преобладание сторонников полицейской психиатрии. На протяжении последующих пяти лет (1998 – 2003) по инициативе директора Центра им. Сербского Т. Б. Дмитриевой было предпринято три попытки вынести закон “О внесении изменений и дополнений в закон о психиатрической помощи”, который отражал указанную тенденцию, на Думские чтения. Хотя нам с помощью широкой общественности удалось предотвратить эти попытки, они нашли — с изменением ситуации в стране — другие формы: можно не менять статей Закона, достаточно прочитывать их на свой лад, совершенно произвольно. По крайней мере, важно помнить, что половина авторов Комментария 2002 года к Закону о психиатрической помощи были членами министерской комиссии, пытавшейся выхолостить закон своими изменениями и дополнениями, которые не получили в 2003 году правового закрепления, но могут путать юристов и судей.

В августе 2004 года в соответствии с 122 законом был резко снижен уровень гарантий финансирования психиатрической помощи.

Закон о психиатрической помощи нуждается в реформации, но в совершенно другом направлении и в совершенно другой атмосфере, чем в наше время.

Не терпят отлагательства две статьи:

– о независимой от органов здравоохранения службе защиты прав пациентов психиатрических стационаров, неисполнению которой не просто 15 лет, но уже 1,5 года с момента личной визы Президента;

– о праве недобровольно госпитализированного лица самостоятельно обратиться в суд — правовой нормы, внесение которой в закон необходимо в рамках выполнения постановления Страсбургского Суда.

Однако, вопреки всем недостаткам, закон включил международный правовой минимум, регламентировал недобровольные меры, признал полное равноправие лиц с психическими расстройствами перед законом и, таким образом, безосновательность требовать справку о том, что человек на учете у психиатра не состоит.

Часто забывается, что закон о психиатрической помощи касается не только лиц с психическими расстройствами, а всех граждан. Необходима неослабевающая упорная борьба за адекватное его прочтение, неукоснительное исполнение и постоянное укрепление гарантий исполнения.

Ю. С. Савенко

Личностно-ориентированная психиатрия: единство медицинских наук и гуманизма¹

Хуан Меззич (США)

Институциональная программа ВПА “Личностно-ориентированная психиатрия: от клинической помощи к охране общественного здоровья” (IPPP), одобренная Генеральной Ассамблеей в 2005 году, делает центром и основной мишенью клинической помощи и профилактики здоровья целостную личность пациента, взятую в контексте ее функционирования на уровне отдельного индивида и общества. Для того, чтобы сосредоточить внимание не только на болезненных, но и на позитивных аспектах здоровья личности, необходимо использовать научные и гуманистические подходы.

Философы и врачи Древней Греции, например Сократ, Платон и Гиппократ, были сторонниками холизма в медицине (1). В учении Сократа говорится, что “если все целое нездорово, то и часть не может быть здоровой”. Эти подходы обрели в современном мире вдохновляющую новую силу в утверждениях о том, что не может быть здоровья без психического здоровья и необходимо сосредоточить национальные и международные усилия здравоохранения на личности во всей ее полноте (2 – 4).

Личность должна рассматриваться с точки зрения контекстуального подхода, словами философа Ортеги-и-Гассета: “Я есть я и мои обстоятельства”. Кроме того, доказательством этого является растущее значение интеграции психического здоровья в общее здоровье и практику общественного здравоохранения (5). Интерес к целостной личности является своевременным ответом на множество недостатков здравоохранения, включая пренебрежение нуждами реальных людей (6 – 9). Главный ракурс работы с этими ограничениями требует понимающей и холистической теории, которая изучает болезненные и позитивные проявления, а также биологическую, психологическую, социальную, культуральную и духовную структуру личности (10 – 13). Во многих странах сфера помощи в области психического здоровья в настоящее время развивается благодаря движению, которое выдвигает на первый план выздоровление и устойчивость (14, 15) и рассматривает пациентов как

активных участников процесса получения помощи. Возрастает интерес и к клиницистам, которые относятся к себе как к целостной личности (16). Все эти перспективы отражают растущее стремление психиатров и работников здравоохранения выполнять поставленные перед ними задачи на высоком научном, гуманистическом и этическом уровне (17 – 19). Первые практические достижения и реакции, полученные от внутренних структур ВПА и предварительных контактов с другими организациями (Всемирная федерация за психическое здоровье, Всемирная медицинская ассоциация, Всемирная федерация по неврологии), ясно показали, что личностно-ориентированная психиатрия (а также и медицина) должна рассматриваться как долговременная инициатива, направленная на то, чтобы инновационным образом изменить основной фокус приложения усилий в психиатрии и медицине, согласовав их с самой глубокой сущностью этих дисциплин.

КОНЦЕПТУАЛЬНАЯ ОСНОВА ПРОГРАММЫ

Планируется проанализировать несколько ключевых концепций, лежащих в основе IPPP, и издать по результатам анализа серию статей и монографий. Прежде всего, необходима вводная статья, охватывающая две основных концепции: 1) широкое понимание здоровья, включающее как болезненные или патологические аспекты, так и позитивные аспекты, в виде адаптивного функционирования, защитных факторов и качества жизни; 2) понятие личности и ее ключевых характеристик в IPPP, включающее автономию, историю, контекст, потребности, ценности, и жизненный план в соответствии с переживанием болезни. Е. Дж. Кассел (20) предложил удобное описание личности, находящейся внутри структурированной службы здравоохранения. Чтобы достичь личностно-центрированной психиатрии и медицины, необходимо в понимающем диагнозе, организации помощи и интеграции служб обсуждать и учитывать роль ценностей и потребностей личности.

В рамках концептуального компонента программы планируется также серия статей в международных

¹ World Psychiatry, 2007, vol. 6, 2, 1 – 3. Печатается с разрешения автора.

журналах по более специальным вопросам : а) исторический подход: эволюция личностно-центрированных подходов в психиатрии и медицине; б) философский подход: глубокое обоснование здоровья и личностно-центрированной помощи; в) этический и ценностный подход: аксиологическое вовлечение личностно-центрированной психиатрии и медицины, соответствующее *raison d'être* этой сферы и профессии (это может помочь в решении проблемы стигматизации людей, обращающихся за помощью в психиатрическую службу); г) биологический подход: генетические, молекулярные и физиологические основы личностно-ориентированной психиатрии и медицины, включающие индивидуализированное понимание болезни, здоровья и процессов помощи; д) психологический подход: феноменологические, обучающие и другие психологические основы личностно-центрированной помощи; е) социо-культуральный подход: контекстуальная структура широкого понимания здоровья и плюралистическое значение личности в медицине; ж) подход всех заинтересованных лиц (участников сферы психического здоровья): интерактивная вовлеченность в развитие и использование личностно-центрированных концепций и методов всех заинтересованных лиц, в том числе пациентов и их родственников, специалистов и руководителей службы, представителей медицинской индустрии и социальных защитников.

Другие статьи этой серии могли бы представить личностно-ориентированную психиатрию в литературе, искусстве, кинематографии. Ожидаются также дополнительные журнальные статьи и книги, соответствующие концептуальным основам IPPP.

КЛИНИКО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ КОМПОНЕНТ ПРОГРАММЫ

У этого компонента две рабочие цели. Первая — взаимодействие с Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ) и различными компонентами ВПА для развития классификации психических расстройств в ICD-11, разрабатываемой ВОЗ. В предварительной стадии обоснования, завершившейся публикацией двух монографий (21, 22), участвовали Секция классификации ВПА и Отдел классификации ВОЗ. В начале 2007 года под руководством Департамента по психическому здоровью ВОЗ началась полномасштабная работа над главой “Психические расстройства” в ICD-11. Вторая и очень важная рабочая цель клинико-диагностического компонента IPPP — разработка предварительных личностно-ориентированных интегративных диагнозов, которые будут действовать в течение ограниченного времени (PID). В основе лежит концепция диагноза, определяемого как описание позитивных и негативных аспектов здоровья в их взаимодействии, внутри жизненного контекста личности. PID будет включать лучшую из имею-

щихся классификаций психических и соматических расстройств (предположительно классификацию ICD-11 и ее национальные и региональные варианты), а также описание других проблем, связанных со здоровьем, и позитивные аспекты здоровья (адаптивное функционирование, защитные факторы, качество жизни и т.д.), отражающие личность в целом (включая ее достоинство, ценности и устремления). Подход будет включать категориальный, измерительный и описательный компоненты и будет разработан на основе взаимодействия клиницистов, пациентов и их родственников. Отправной точкой развития PID будет схема, сочетающая стандартизованные мульти-осевые и личностно-идиографические формулировки Международного руководства ВПА по диагностическим оценкам (23 – 25).

Представление клинико-диагностического компонента IPPP публикуется в редакционной статье журнала *Acta Psychiatrica Scandinavica* (26)². Другая запланированная публикация — Сборник случаев Международного руководства ВПА по диагностическим оценкам.

Развитие PID, включая его теоретическую модель и практическое руководство, предполагает три основных фазы: а) составление проекта модели PID на основе пересмотра соответствующих основ и наиболее подходящих и многообещающих сфер и структур для диагностики здоровья личности; б) разработку руководства по PID, на основе оценки проекта, подготовку и публикацию окончательной версии; в) перевод руководства по PID на различные языки, применение и обучение.

КОМПОНЕНТ КЛИНИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

Хотя многие утверждают, что личностно-центрированная помощь уже стала господствующей тенденцией, на самом деле во многих учреждениях и развивающихся, и развитых странах центральной мишенью воздействия по-прежнему является болезнь (что часто делает помощь неэффективной). Совокупности позитивных аспектов здоровья (адаптивному функционированию, устойчивости, поддержке, качеству жизни, которые являются основой для укрепления здоровья), а также достоинству личности, которой оказывают помощь, оказывается очень незначительное внимание, или они вообще не учитываются.

Основная работа в рамках этой части программы включает подготовку и публикацию учебной программы для до- и последипломного образования и курсов повышения квалификации, а также программу практических занятий для специалистов, работающих в психиатрии и общемедицинской сети. Учебная программа направлена на приобретение знаний, на-

² Перевод статьи см. в настоящем выпуске журнала.

выков и установок, соответствующих личностно-центрированной помощи. Центральным звеном этого процесса является совершенствование отношений между врачом и пациентом, поэтому учебные группы должны быть маленькими, а контроль высоко эффективным. Для того, чтобы закрепить приобретенные знания и навыки и организовать мониторинг их применения и дальнейшего совершенствования, будет организовано сетевое взаимодействие специалистов. Психиатры разных уголков земного шара могут внести свой вклад в развитие данного компонента программы на различных региональных конгрессах.

Прежде всего, будет подготовлена вводная статья о месте личностно-ориентированной психиатрии в клинической помощи, ее содержании и перспективам развития. Каждая часть учебной программы будет представлена отдельной монографией. Помимо образовательной деятельности, в рамках этого компонента программы будет уделено особое внимание организации клинических служб и процедур, ориентированных на личность. Этой цели соответствуют и некоторые ключевые виды деятельности, составляющие представленный ниже компонент программы по охране общественного здоровья.

ОХРАНА ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДОРОВЬЯ

Личностно-ориентированная психиатрия является основой правовой защиты, она исходит из утверждения, что ценность и достоинство личности должны быть важнейшей отправной точкой действий по охране общественного здоровья. Действия по охране здоровья включают развитие основных стратегий в области здравоохранения и совершенствование психиатрической помощи, а также развитие связанных с этим исследовательских и оценочных программ. Неспособность осознать человеческое достоинство граждан с психическими расстройствами, а также признать высокую ценность психического здоровья индивида и общества выразились в различных злоупотреблениях и игнорировании имевшихся возможностей улучшить психическое здоровье через инициативы, основанные на сообществе и личности. Деятельность по охране психического здоровья, направленная на укрепление психического здоровья, профилактику психических болезней и обеспечение эффективной и гуманной службы помощи, получит дополнительный импульс от теоретического и клинического развития личностно-ориентированной психиатрии и внесет свой вклад в ее развитие.

Предлагаемая программа имеет целью интенсифицировать исследования и усовершенствовать оценки патологических и позитивных аспектов здоровья, а также целостности личности в обществе. Она будет включать: а) план инициатив публичной политики, направленных на укрепление психического здоровья популяции; б) развитие, введение и мониторинг лич-

ностно-ориентированных и ориентированных на общество служб психического здоровья, созданных с учетом культуральных факторов. Потенциальные рамки включают укрепление психического здоровья, предотвращение психических заболеваний, развитие стратегии и совершенствование службы. В настоящее время готовится вводная статья по инициативам личностно-ориентированной психиатрии в области общественного здоровья. Первоначально в области охраны общественного здоровья будут выполняться три проекта IPPP. Это: а) личностное участие пациентов и граждан в разработке политики, планировании и оказании помощи; б) личность в ситуации лечения без согласия; и в) психодинамические основания для личностно-ориентированной психиатрии. Дальнейшее развитие может включить новые темы: перевод “фактов” в “стратегию развития” и “стратегии развития” в “факты”, использование индикаторов позитивного психического здоровья, соответствие видов потребностей и уровней помощи, защиту психического здоровья в сельской местности, выздоровление и реабилитация с опорой на сообщество, пересмотр значения частного и общественного секторов в странах с ограниченными ресурсами, предсказание бедствий и катастроф и психическое здоровье, национальное и региональное планирование действий по предотвращению суицидов, массовое насилие и психическое здоровье.

РАБОЧИЕ СТРУКТУРЫ И РАЗВИТИЕ ПРОГРАММЫ

Работу по программе выполняет и поддерживает рабочая группа и наблюдательный Совет IPPP. Готовится Интернет-сайт. Ведутся переговоры с исследовательскими организациями, фондами и фармацевтической индустрией с целью изыскать средства на организацию встреч, телеконференций, полевых и оценочных исследований, подготовку документов и публикаций. Такие крупные учреждения как Департамент здравоохранения Великобритании и факультеты психиатрии нескольких университетов США выразили интерес к участию в программе и собираются ее поддержать.

Недавно под эгидой IPPP и с ее логотипом опубликованы два тома трудов, *Психиатрия и сексуальное здоровье: интегративный подход* (Jason Aronson / Rowman & Littlefield) и *Выздоровление: конец неизлечимости* (Psychiatrie-Verlag). В 2006 и 2007 г. было организовано два президентских симпозиума по IPPP на ежегодных съездах обществ членов ВПА в Великобритании и в США. Проблемы личностно-ориентированной психиатрии представлены в темах всемирных и международных конгрессов ВПА, а также на региональных конгрессах и конференциях всех континентов. Несколько крупных международных жур-

налов заказали редакторские статьи по личностно-ориентированной психиатрии.

ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЕ ЗАМЕЧАНИЯ

Положительные реакции, получаемые от разных структур ВПА и других организаций, а также стимулы от уже проделанной работы, вызывают энтузиазм. IPPP демонстрирует отчетливое стремление перенести основной акцент нашей сферы деятельности и профессии на службу людям, обеспечив внутри этих рамок инструменты для целостного подхода к лечению нарушений здоровья и его укреплению. Мы, таким образом, соприкасаемся с самой сердцевиной психиатрии и медицины.

Перевод Л. Н. Виноградовой

ЛИТЕРАТУРА

1. *Feinstein A. R.* Clinical judgment. Huntington, NY: Robert E. Krieger, 1967.
2. *Lain-Entralgo P.* El Diagnostico Medico: Historia y Teoria. Barse-lona: Salvat, 1982.
3. *Christodoulou G. N.* (ed) / Psychosomatic medicine. New York: Plenum Press, 1987.
4. World Health Organization. WHO constitution. Geneva: WHO, 1946.
5. *Herrman H., Saxena S., Moodie R.* Promoting mental health: concepts, emerging evidence, practice. Geneva: who, 2005.
6. *Schmolke M., Lecic-Tosevski D.* (eds). Health promotion: an integral component of effective clinical care. Dynamic Psychiatry 2003; 36: 221 – 319.
7. *Mezzich J. E.* Positive health: conceptual place, dimensions and implications. Psychopathology 2005; 38: 177 – 179.
8. *Fulford K. W. M., Dickenson D., Murray T. H.* (eds). Health-care ethics and human values: an introductory text with readings and studies. Malden: Blackwell, 2002.
9. *Amering M.* Trialog on Psychiatric Diagnosis. WPA Classification Section Newsletter, August 2003 <http://www.wpanet.org>.
10. Us Presidential Commission on Mental Health. Achieving the promise: transforming mental health care in America. Final Report. DHHS Pub N; SMA-03-3832. Rockville, MD: US Department of Health and Human Services, 2003.
11. Who European Ministerial Conference on Mental Health. Mental health action plan for Europe: facing the challenges, building solutions. Helsinki, Finland, 12 – 15 January 2005. EUR/04/5047810/7, 2005.
12. *Cox J., Campbell A., Fulford K. W. M.* Medicine of the person. London: Kingsley Publishers, 2006.
13. *Anthony W.* Recovery from mental illness. The guiding vision of the mental health service system in the 1990s. Psychosoc. Rehabil. J. 1993; 16: 11 – 23.
14. *Amering M., Schmolke M.* recovery-Das Ende der Unheilbarkeit. Psychiatrie-Verlag, Bonn, 2007.
15. *Mezzich J. E., Üstün T. B.* International classification and diagnosis: critical exoerience and future directions. Psychopathology 2002; 35 (Special Issue, March-June).
16. *Banzato C. E. M., Mezzich J. E., Berganza C. E.* Philosophical and methodological foundations of psychiatric diagnosis. Psychopathology 2005; 38: (Special Issue, July-August).
17. *Kupper D. J., First M. B., Regier D.* (eds). A research agenda for DSM-V. Washington, DC: American Psychiatric Association, 2002.
18. Chinese Society of Psychiatry. Chinese classification of mental disorders, Third Edition (CCMD-3). Author, Jinan, 2002.
19. *Mises R., Quemada N., Botbol M.* et al. French classification for child and adolescent mental disorders. Psychopathology 2002; 35: 176 – 180.
20. *Otero A. A.* 9ed). Glosario Cubano de Psiquiatria (GC-3). Cuba: Hospital Psiquiatrico de La Habana, 2003.
21. APAL. Guia Latinoamericana de Diagnostico Psiquiatrico Ilatin American Guide of Psychiatric Diagnosis) (GLADP). Mexico: Editorial de la Universidad de Guadalajara, 2004.
22. WPA 2003. Essentials of the World Psychiatric Association's International Guidelines for Diagnostic Assessment (IGDA). Br. J. Psychiatry 2003; 182 (suppl. 45): 37 – 66.
23. *Mezzich J. E., Banzato C. E. M., Cohen P.* et al. Report of the American Psychiatric Association Committee to Evaluate the DSM Multiaxial System. Presented to the APA Assembly, Atlanta, May, 2005.
24. *Stengel E.* Classification of mental disorders. Bull World Health Organization 1959; 21: 601 – 663.
25. *Essen-Moeller E., Wohlfahrt S.* Suggestions for the amendment of the official Swedish classification of mental disorders. Acta Psychiatr. Scand. 1947; suppl. 47: 551 – 555.
26. *Steenfeldt-Foss O.* Patient- and Human-Rights and Bio-psychosocial Development in Psychiatry. Cairo: Jean Delay Prize Lecture, WPA, XIII World Congress of Psychiatry, September 10 – 15, 2005.

Ежегодная конференция Международного общества медицины зависимостей

23 – 28 октября 2007 г., Каир, Египет

nady.el-guebaly@calgaryhealthregion.ca

К вопросу об усовершенствованных классификационных и диагностических системах: МКБ-11 и личностно-ориентированный интегративный диагноз¹

Хуан Меззич, Ихсан Салоум

Наступает новый период усовершенствования международных систем классификации и диагностики. Департамент психического здоровья всемирной Организации Здравоохранения (ВОЗ) провел в январе 2007 года первое заседание консультационной комиссии по подготовке психиатрического раздела Международной классификации болезней 11 пересмотра (МКБ-11) в соответствии с общим проектом МКБ-11, координируемым классификационным ведомством ВОЗ. Важно, что уже с 2001 г. Всемирная психиатрическая ассоциация (ВПА) и ВОЗ активно сотрудничали по вопросу разработки новых классификационных и диагностических подходов. Также в настоящее время Американская психиатрическая ассоциация (АПС) готовит основу для пятого издания Диагностического и статистического руководства по психическим заболеваниям (DSM-5). Кроме того, и другие действующие национальные и региональные психиатрические организации, такие как Китайское общество психиатров и Латиноамериканская психиатрическая ассоциация, тщательно изучают и совершенствуют соответственно третье издание Китайской классификации психических болезней (CCMD-3) и латиноамериканский справочник психиатрических диагнозов (GLADP), которые представляют собой МКБ, адаптированную к местным реалиям и нуждам.

Коль скоро специалисты и ведомства в области здравоохранения планируют и проводят эти важные мероприятия, касающиеся центральных вопросов здравоохранения, целесообразно серьезно поразмыслить над их фундаментальными целями, разработать оптимальное концептуальное представление. Полный международный пересмотр классификационных и диагностических систем происходит раз в 10 – 20 лет, и является, с одной стороны, возможностью, которую нельзя упускать, и, с другой стороны, обязанностью продвинуть нашу область медицины вперед.

ЧТО ТАКОЕ ДИАГНОЗ?

Термин *диагноз* занимает общепризнанную центральную позицию в процессе оказания медицинской помощи. Feinstein (1) отмечал, что диагностические категории представляют собой локусы, в которых

клиницисты хранят свои наблюдения из клинического опыта, а диагностическая систематика определяет шаблоны, в соответствии с которыми клиницисты наблюдают, обдумывают, вспоминают и действуют.

Но что же такое диагноз? Выдающийся историк и философ от медицины Lain-Entralgo (2), указывал, что “диагноз есть нечто большее, чем распознавание заболевания (нозологический диагноз) или нахождение отличий одного заболевания от другого (дифференциальный диагноз). Диагноз — это реальное понимание того, что происходит в разуме и теле человека, обротившегося за помощью”.

В попытке обрисовать природу и рамки такого “понимания”, необходимого для постановки точного диагноза, следующие мысли могут быть полезны. Так как мы специалисты в области здравоохранения, то естественно, что область наших интересов — здоровье. На санскрите, прародители всех индоевропейских языков, здоровье обозначалось термином *hal*, что значит “единство”. Древнегреческие философы писали, что если целое нездорово, то и часть не может быть здоровой. Более того, в конституции ВОЗ (4) сказано “здоровье это состояние полного физического, психического и социального благополучия, а не просто отсутствие заболевания”.

Как известно, медицина в целом и психиатрия в частности призваны помочь людям восстановить и поддерживать здоровье. По сути, поддержание здоровья в совокупности с его восстановлением (облегчение недуга или излечение болезни) все чаще признается основной задачей здравоохранения (5, 6).

Из вышеизложенного можно сделать вывод, что *диагноз* полнее бы отвечал своему фундаментальному предназначению в качестве информационной основы для оказания медицинской помощи, если бы имел достаточно широкие рамки для полного описания состояния здоровья человека. Это значит, содержал бы информацию о нарушенном здоровье (болезни) и сохраненном здоровье, которое включает в себя такие сферы как функционирование, личностные и социальные ценности и ресурсы, качество жизни (7). Что также означает выдвижение на первый план гуманистических целей оказания медицинской помощи (8). Его цель и средоточие — здоровье людей, которые не просто носители болезни, а индивидуумы с историей и стремлениями, чье достоинство нужно уважать и поддерживать. В связи с этим, нужно признать,

¹ Acta Psychiatrica Scandinavica 2007: 1 – 5. Печатается с разрешения авторов.

что диагноз это не просто формулировка, а интерактивный процесс, как было определено в ходе трехсторонних встреч пациентов, их родственников и работников здравоохранения.

РАЗВИТИЕ МЕЖДУНАРОДНОГО И НАЦИОНАЛЬНОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В ДАННОЙ ОБЛАСТИ

Отрадно отметить множество недавних международных и национальных инициатив и стратегий в области психического здоровья, касающихся вышеуказанных перспектив. Американская президентская комиссия по вопросам психического здоровья (10) рекомендовала рассматривать пациента и его окружение, а также интеграцию оказываемых услуг, в кругу актуальных вопросов здравоохранения, требующих незамедлительного преобразования. Также важное значение имеют недавние стратегические заявления Национального института психического здоровья Англии и французского *Etats Generaux de la Psychiatrie*, опирающиеся на ценностно-ориентированный подход, требующие привлечь внимание к “сложным клиническим случаям” посредством контекстуализированного диагноза. На европейской министерской конференции ВОЗ, посвященной вопросам психического здоровья (11), говорилось о решающей роли психического здоровья и о необходимости создать единую службу, отвечающую интересам пациентов и медицинских работников.

В связи с историческими ожиданиями, упоминающимися ранее, и инициативами в области международного здравоохранения ВПА подготовила и опубликовала в 2003 году Международные рекомендации по диагностической оценке (IGDA), где указывается, что пациент — больше, чем носитель заболевания, и предлагается всеобъемлющая диагностическая модель со стандартизованными и идеографическими компонентами, отражающими личностно-центрированный интегративный подход. В 2005 году ВПА на генеральной ассамблее утвердила Институциональную личностно-ориентированную психиатрическую программу: от медицинской помощи к общественному здоровью (IPPP). Эта программа представляет личность пациента и его окружение в качестве центральной и основной мишени для оказания медицинской помощи и поддержания здоровья, как на индивидуальном, так и на общественном уровне. Соединение науки и гуманизма позволяет одновременно сосредоточить внимание на аспектах нарушенного и сохраненного здоровья человека. Программа состоит из четырех операциональных компонентов: концептуальная основа, клинический диагноз, медицинская помощь, общественное здоровье. Программа имеет много точек соприкосновения с такими значительными концептуальными разработками в данной области, как Европейская *Medicine de la Personne* (12), Ценност-

но-ориентированным подходом, представленным Национальным институтом психического здоровья Англии (8), Движением выздоровления, зародившимся в США и впоследствии ставшим международным (13,14).

В апреле 2006 ВПА огласила свою официальную позицию, касающуюся разработки МКБ-11 и сходных диагностических систем. В заявлении сообщалось, что ВПА за последние годы, в особенности через свою классификационную секцию, а также в сотрудничестве с ВОЗ, национальными и региональными психиатрическими ассоциациями, внесла значительный вклад в создание основы для будущих международных классификаций и диагностических систем. Важнейшими мероприятиями стали: 1) большой международный опрос по использованию МКБ-10, DSM-IV и сходных диагностических систем, 2) ряд совместных с ВОЗ симпозиумов по международным классификациям на конгрессах и конференциях ВПА, которые привели к публикации трех монографий и важным достижениям в области психиатрии, 3) начало разработки психиатрического раздела МКБ-11 по поручению ВОЗ, результаты которой были представлены на заседаниях ВОЗ в 2003 – 2005 гг. Также отмечено, что процесс пересмотра МКБ недавно вступил в новую фазу, когда классификационное ведомство ВОЗ руководит всем процессом пересмотра, а департамент психического здоровья ВОЗ занимается разработкой психиатрической главы. В заявлении сообщается, что ВПА предлагает сотрудничество Всемирной организации здравоохранения в подготовке МКБ-11 и сходных диагностических систем, а также будет взаимодействовать с Американской психиатрической ассоциацией и другими национальными и региональными ассоциациями по вопросам местных классификаций, ожидая, что они будут максимально приближены к МКБ-11 ВОЗ. Для обеспечения этого должны быть задействованы эффективные интерактивные механизмы взаимодействия и согласования.

Далее в заявлении указывается, что ВПА через свою классификационную секцию совместно с ВОЗ и другими национальными и региональными ассоциациями, будет продолжать исследование наиболее многообещающих подходов к достижению этиопатогенетической, клинико-диагностической валидности, а также следующих основных стратегических целей:

1) стремление к созданию наиболее удачной международной классификации психических расстройств, дающей оптимальные определения и отправные пункты для установления психического расстройства, с использованием дополнительных пространственных подходов, с учетом наиболее приемлемых культуральных рамок для классификации и постановки диагноза;

2) работа по усовершенствованию наиболее успешных интегративных диагностических моделей

для повышения качества оказываемых медицинских услуг и поддержания здоровья.

РАЗРАБОТКА ОПТИМАЛЬНОЙ КЛАССИФИКАЦИИ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

Это общепризнанная важная задача. Усовершенствованная номенклатура психических расстройств оправдывает ожидания клиницистов, исследователей, преподавателей и чиновников от здравоохранения, обеспечив их ключевым инструментом для работы. Специалисты будут иметь возможность выделять в клинической картине надежные критерии, относящиеся к классифицированным расстройствам. В терминологии Lain-Entralgo (2), упомянутой ранее, процесс распознавания заболевания соотносится с *нозологическим диагнозом*.

В соответствии с этой важной задачей ВОЗ, следуя своим конституционным обязанностям, инициирует процесс 11 пересмотра МКБ. Весь процесс координируется классификационным ведомством ВОЗ, а переработка главы, посвященной психическим расстройствам, — департаментом психического здоровья ВОЗ. Работа будет включать в себя консультации на тему того, как эта глава впишется в общую структуру классификации, особенностей использования классификации в сфере психического здоровья, определенных психических расстройств, концептуализации широких и узких категорий, использования диапазона качественных характеристик, использования классификации в научной и практической работе на этапе первичной и специализированной помощи, организации рабочих групп по крупным номенклатурам и перекрестным темам, приведения МКБ в соответствие с национальными и региональными классификациями, привлечения международного научного опыта. Есть надежда, что разработка главы, посвященной психическим расстройствам, после подготовки альфа и бета версий будет закончена примерно в 2012 году, с последующим возможным утверждением всей МКБ-11 в 2014. ВПА, постоянно сотрудничающая с ВОЗ по данным вопросам (15, 16), будет принимать активное участие на протяжении всего процесса разработки на различных уровнях и посредством привлечения национальных психиатрических обществ.

Американская психиатрическая ассоциация, которая внесла большой вклад на этапе подготовки и печати Диагностического и статистического руководства по психическим заболеваниям (DSM), особенно третьего и четвертого изданий, в настоящее время интенсивно занимается подготовкой DSM-5 (17). Проводится ряд научных конференций по вопросам психопатологических и методологических аспектов классификации. Представители ВОЗ и ВПА вошли в состав консультативного совета по подготовке DSM-5.

Существуют национальные и региональные психиатрические ассоциации, которые адаптировали психиатрический раздел МКБ для своих условий и целей. Наиболее примечательны Китайская классификация психических расстройств, третье издание (CCMD-3), опубликованная Китайским обществом психиатрии (18), Французская классификация детских и подростковых психических заболеваний, подготовленная Французской федерацией психиатрии (19), Третий кубинский психиатрический глоссарий (GC-3) (20) и Латиноамериканский справочник психиатрических диагнозов, выпущенный Латиноамериканской психиатрической ассоциацией (21). Ожидается, что все эти ассоциации наряду с другими внесут свой вклад в разработку МКБ-11 совместно с Всемирной психиатрической ассоциацией.

В результате всех мероприятий наблюдается консенсус по использованию МКБ-11 в качестве единой международной классификации психических расстройств, наряду с национальными и региональными версиями, представляющими собой адаптации, примечания и приложения к базовой МКБ.

РАЗРАБОТКА ЛИЧНОСТНО-ЦЕНТРИРОВАННОЙ ИНТЕГРАТИВНОЙ ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ МОДЕЛИ И РУКОВОДСТВА

План разработки личностно-центрированного интегративного диагноза (PID) в качестве теоретической модели и практического руководства является инициативой Всемирной психиатрической ассоциации в ходе Институциональной личностно-ориентированной психиатрической программы (IPPP). К сотрудничеству будут привлечены научная секция ВПА, организации-члены, национальные классификационные группы и ВОЗ. Рост ВПА в последние годы в плане увеличения численности и усиления сотрудничества национальных психиатрических обществ, множество научных секций, активная программа публикаций укрепляют позицию ВПА и позволяют инициировать глобальные проекты, такие как личностно-центрированный интегративный диагноз (PID).

Отправной точкой для разработки PID может стать схема, сочетающая стандартизованные многоосные и индивидуализированные идеографические формулировки, лежащая в основе Международных рекомендаций по диагностической оценке (IGDA) (22). Также можно позаимствовать опыт недавней работы по оценке многоосной системы DSM, которая подтвердила достоинства такой системы и дала рекомендации по ее дальнейшему усовершенствованию и применению (23).

В основе личностно-центрированного интегративного диагноза (PID) лежит концепция диагноза, отличного от традиционных представлений о распознавании и дифференциации заболеваний. В PID диагноз

определяется как описание негативных и позитивных аспектов здоровья, воздействующих друг на друга в среде личности. PID включит в себя наиболее удачную классификацию психических и общих заболеваний (предположительно классификацию болезней МКБ-11, национальные и региональные адаптации), описания других связанных со здоровьем проблем и позитивных аспектов здоровья (адаптивное функционирование, защитные факторы, качество жизни и др.), относящихся к целостности личности (включая такие понятия как достоинство, ценности, ожидания). Подход будет одновременно категориальным, пространственным и описательным, его разработка и внедрение потребуют взаимодействия между клиницистами, пациентами и их окружением. Представляется, что PID приближается к концепции истинного диагноза Lain-Entralgo (2).

Предложенные фазы разработки личностно-центрированного интегративного диагноза, включая теоретическую модель и практическое руководство, в виде основных мероприятий и результатов представлены ниже.

1) *Проект модели личностно-центрированного интегративного диагноза.* Будет создан обзор имеющихся литературных источников по данной теме (включая упомянутые монографии), направленный на серьезную оценку 1) существующей диагностической системы, 2) ее основных ограничений, не позволяющих предоставить адекватную основу для оказания медицинской помощи и проведения мероприятий в сфере здравоохранения, 3) многообещающих сфер и структур для определения состояния здоровья личности. Возможные сферы будут включать заболевания, инвалидность/трудоспособность, факторы риска и защитные факторы (устойчивость, ресурсы, поддержку) и качество жизни. Среди возможных структур — многоуровневые схемы, содержащие стандартизованные и идиографические/описательные сведения. Работа потребует литературного исследования, проведенного и обсуждаемого участниками клинического диагностического компонента Институциональной личностно-ориентированной психиатрической программы (IPPP) с привлечением ВПА и компетентных организаторов здравоохранения. Сроком для выполнения этой фазы является 2007 год.

2) *Разработка руководства по личностно-центрированному интегративному диагнозу.* Субфазы по разработке руководства делятся следующим образом:

а) *Подготовка проекта руководства по личностно-центрированному интегративному диагнозу.* Проект будет включать в себя схемы, инструменты и процедуры для оценки личности в соответствии с каждой из сфер личностно-центрированного интегративного диагноза. Работа будет заключаться в изучении литературы и обсуждениях участниками клинического диагностического компонента Институциональной личностно-ориентированной психиатрической про-

граммы (IPPP) с привлечением ВПА и компетентных организаторов здравоохранения. Проект ожидается закончить к концу 2008 года.

б) *Оценка проекта руководства по личностно-центрированному интегративному диагнозу.* Оценка будет проводиться клинической диагностической рабочей группой Институциональной личностно-ориентированной психиатрической программы (IPPP) в сотрудничестве с глобальным классификационным консорциумом и диагностическими секциями ВПА посредством клинических и эпидемиологических исследований с использованием критериев надежности, валидности и выполнимости.

с) *Подготовка и публикация руководства по личностно-центрированному интегративному диагнозу.* Данная работа будет основываться на результатах оценочной фазы, экспертных дискуссий и вклада организаторов здравоохранения. Завершение данного этапа ожидается в конце 2010 года.

3) *Перевод, внедрение и обучение использованию руководства по личностно-центрированному интегративному диагнозу.* Работа будет включать в себя, во-первых, перевод руководства на основные мировые языки; во-вторых, стимулирование и облегчение внедрения руководства в мире; в-третьих, организацию обучающих курсов и программ на всех этапах обучения, как для специалистов, так и в сфере оказания первичной помощи. Работа будет проводиться клинической диагностической рабочей группой Институциональной личностно-ориентированной психиатрической программы (IPPP) в сотрудничестве с организациями-партнерами в 2011 году и впоследствии.

ИТОГОВЫЕ ЗАМЕЧАНИЯ

Предстоящая работа по созданию наиболее удачной классификации психических расстройств (в рамках МКБ-11 ВОЗ, версий американской психиатрической ассоциации, других национальных и региональных ассоциаций) также как и модели личностно-центрированного интегративного диагноза вызывает чувство волнения и исторической ответственности у многих вовлеченных в процесс лиц и организаций. Безусловно, это будет всеобщее мировое усилие. Публикуя данный сценарий на страницах *Acta Psychiatrica Scandinavica* нельзя не сказать об огромном вкладе скандинавских коллег в фундамент этих преобразований. В этом году мы празднуем 300-й День рождения Карла Линнея, который, будучи профессором биологии и медицины в университете Упсалы, заложил принципы систематики естественных наук. Также нельзя не сказать о вкладе Stengel (24) в международную классификацию психических расстройств, Essen-Moeller и Wohlfahrt (25) в оригинальную концепцию многоосного диагноза. И наконец, мы хотели бы поблагодарить Otto Steinfeldt-Foss (26), который убедительно аргументировал, что пси-

хиатрия и медицина, имеющие научную и гуманистическую основу, при постановке диагноза и оказании медицинской помощи должны ориентироваться на личность больного.

Перевод Павла Понизовского

ЛИТЕРАТУРА

1. *Feinstein A. R.* Clinical judgment. Huntington, NY: Robert E. Krieger, 1967.
2. *Lain-Entralgo P.* El Diagnostico Medico: Historia y Teoria. Barse-lona: Salvat, 1982.
3. *Christodoulou G. N.* (ed) / Psychosomatic medicine. New York: Plenum Press, 1987.
4. World Health Organization. WHO constitution. Geneva: WHO, 1946.
5. *Herrman H., Saxena S., Moodie R.* Promoting mental health: concepts, emerging evidence, practice. Geneva: who, 2005.
6. *Schmolke M., Lecic-Tosevski D.* (eds). Health promotion: an integral component of effective clinical care. Dynamic Psychiatry 2003; 36: 221 – 319.
7. *Mezzich J. E.* Positive health: conceptual place, dimensions and implications. Psychopathology 2005; 38: 177 – 179.
8. *Fulford K. W. M., Dickenson D., Murray T. H.* (eds). Health-care ethics and human values: an introductory text with readings and studies. Malden: Blackwell, 2002.
9. *Amering M.* Trialog on Psychiatric Diagnosis. WPA Classification Section Newsletter, August 2003 <http://www.wpanet.org>.
10. Us Presidential Commission on Mental Health. Achieving the promise: transforming mental health care in America. Final Report. DHHS Pub N; SMA-03-3832. Rockville, MD: US Department of Health and Human Services, 2003.
11. Who European Ministerial Conference on Mental Health. Mental health action plan for Europe: facing the challenges, building solutions. Helsinki, Finland, 12 – 15 January 2005. EUR/04/5047810/7, 2005.
12. *Cox J., Campbell A., Fulford K. W. M.* Medicine of the person. London: Kingsley Publishers, 2006.
13. *Anthony W.* Recovery from mental illness. The guiding vision of the mental health service system in the 1990s. Psychosoc. Rehabil. J. 1993; 16: 11 – 23.
14. *Amering M., Schmolke M.* recovery-Das Ende der Unheilbarkeit. Psychiatrie-Verlag, Bonn, 2007.
15. *Mezzich J. E., Üstün T. B.* International classification and diagnosis: critical exoerience and future directions. Psychopathology 2002; 35 (Special Issue, March-June).
16. *Banzato C. E. M., Mezzich J. E., Berganza C. E.* Philosophical and methodological foundations of psychiatric diagnosis. Psychopathology 2005; 38: (Special Issue, July-August).
17. *Kupper D. J., First M. B., Regier D.* (eds). A research agenda for DSM-V. Washington, DC: American Psychiatric Association, 2002.
18. Chinese Society of Psychiatry. Chinese classification of mental disorders, Third Edition (CCMD-3). Author, Jinan, 2002.
19. *Mises R., Quemada N., Botbol M.* et al. French xlassification for child and adolescent mental disorders. Psychopathology 2002; 35: 176 – 180.
20. *Otero A. A.* (ed). Glosario Cubano de Psiquiatria (GC-3). Cuba: Hospital Psiquiatrico de La Habana, 2003.
21. APAL. Guia Latinoamericana de Diagnostico Psiquiatrico (Latin American Guide of Psychiatric Diagnosis) (GLADP). Mexico: Editorial de la Universidad de Guadalajara, 2004.
22. WPA 2003. Essentials of the World Psychiatric Association's International Guidelines for Diagnostic Assessment (IGDA). Br. J. Psychiatry 2003; 182 (suppl. 45): 37 – 66.
23. *Mezzich J. E., Banzato C. E. M., Cohen P.* et al. Report of the American Psychiatric Association Committee to Evaluate the DSM Multiaxial System. Presented to the APA Assembly, Atlanta, May, 2005.
24. *Stengel E.* Classification of mental disorders. Bull World Health Organization 1959; 21: 601 – 663.
25. *Essen-Moeller E., Wohlfahrt S.* Suggestions for the amendment of the official Swedish classification of mental disorders. Acta Psychiatr. 1947; suppl. 47: 551 – 555.
26. *Steenfeldt-Foss O.* Patient- and Human-Rights and Bio-psychosocial Development in Psychiatry. Cairo: Jean Delay Prize Lecture, WPA, XIII World Congress of Psychiatry, September 10 – 15, 2005.

XIII Консторумские чтения

ПСИХОТЕРАПИЯ И СОВРЕМЕННАЯ КУЛЬТУРА

14 декабря 2007 г., Москва

Конференц-зал наркологического диспансера № 1 г. Москвы,

тел.: (495) 275-4567

Ответственность психиатров за не соответствующее стандартам лечение и профессиональную небрежность в США

В. В. Мотов (Тамбов)

Заинтересованность штатов в обеспечении безопасности психиатрических пациентов стимулировала создание системы административных правил, которые ограничивают возможность заниматься психиатрической практикой лишь теми, кто обладает необходимым минимумом знаний и навыков. Такие административные меры “направлены в будущее” в том смысле, что главная их цель — предотвращение *возможного* вреда пациенту [1].

В противоположность этому юридическая система установила ответственность за ненадлежащее оказание психиатрической помощи (т.е. когда психиатр не делает того, что следует делать или делает то, чего не следует делать и при этом пациенту причиняется вред). Такая ответственность “направлена в прошлое”, является компенсаторной (имея в виду, что вред пациенту *уже* причинен) и обеспечивает пострадавшему от некачественной психиатрической помощи возможность получения материальной компенсации через суд. Однако, чтобы добиться успеха в суде, истец должен доказать (стандарт доказательства в данном случае — “перевес доказательств” (*preponderance of the evidence*), соответствующий 51 % надежности), что врач:

- (1) имел в отношении истца обязанности или обязательства, признаваемые законом и требующие от врача следовать определенным стандартам поведения;
- (2) нарушил обязанности, не следуя требуемым стандартам;
- (3) нарушение обязанностей причинило вред истцу;
- (4) между поступками врача и вредом существует достаточно тесная причинная связь, т.е. нарушение обязанностей было непосредственной (юридической) причиной вреда [2].

Обе системы имеют общую цель — стимулировать специалиста в области психического здоровья следовать при оказании психиатрической помощи установленным профессиональным нормам.

Стандарт психиатрической помощи

Стандарт лечения или стандарт профессиональной помощи пациенту (*standard of care*) — уровень знаний и профессиональных навыков, которыми обыкновенно обладают и которые проявляют добросовестные врачи данной специальности [3]. Стандарт предполагает, что врач должен иметь достаточные теоретические знания и практические навыки и оказывать помощь пациенту на том уровне, на котором ее оказывают коллеги. Иногда его называют стандартом

“среднего практикующего врача” или стандартом “обычной практики”. “В отсутствие специального контракта, от врача или хирурга не требуется продемонстрировать чрезвычайное мастерство, или исключительную заботу, или высочайший уровень мастерства или профессиональной помощи, но, в качестве общего правила, от него требуется обладание мастерством и знаниями и проявление их в той степени, которой обладают и которую проявляют в подобных обстоятельствах его коллеги, а также обыкновенное и разумное внимание, усердие и взвешенные суждения в процессе применения своих профессиональных навыков в данном конкретном случае” [4].

В делах по искам о профессиональной небрежности психиатра стандарт профессиональной помощи устанавливается на основании заключения психиатра-эксперта. J. Knoll and J. Gerbasi (2006) приводят пример использования экспертом неадекватного стандарта в ходе судебного разбирательства о ненадлежащем оказании психиатрической помощи. Пациент с острым психозом поступил в психиатрический стационар. В качестве сопутствующего заболевания у него был диагностирован несахарный диабет, развившийся в результате травмы гипофиза при оперативном удалении опухоли мозга несколько лет назад, а потому пациент должен был ежедневно принимать вазопрессин для предотвращения дегидратации. Лечащий психиатр назначил консультацию эндокринолога и выполнил все рекомендации консультанта. Через неделю в аптеке больницы не оказалось вазопрессина. Ни аптека, ни медсестры не сообщили об этом лечащему психиатру. Вскоре у пациента развилась выраженная дегидратация и наступила смерть. Родственники умершего обратились в суд. Экспертом со стороны истца был психиатр, активно вовлеченный в научные исследования в области нейроэндокринологии. В своем заключении он отметил, что действия лечащего психиатра не соответствовали стандарту профессиональной помощи, т.к. он не ознакомил медицинский персонал больницы с особенностями несахарного диабета, действием антидиуретического гормона и механизмами жидкостного и электролитного баланса. Эксперт заключил, что если бы лечащий психиатр проинструктировал медицинский персонал больницы о возможных последствиях несахарного диабета, персонал бы понял всю серьезность ситуации, своевременно среагировал бы на отсутствие вазопрессина, и у пациента не развилась бы дегидратация. В данном примере эксперт, утверждая, что лечащий психиатр должен был лично обеспечить

весь персонал больницы знаниями о несахарном диабете, применил стандарт существенно более высокий, чем требуемый стандарт “среднего” профессионала [5].

Применение экспертом-психиатром неадекватно-высокого стандарта “наилучшего лечения” (standard of excellence) вместо требуемого законом стандарта “обычной практики” происходит чаще всего, когда в роли эксперта выступает либо психиатр из академических кругов, либо недавно начавший практиковать [6]. Психиатр, активно занимающийся научными исследованиями, “живущий” в информационной среде, отличающейся от таковой “среднего” психиатра-практика, склонен незаметно для себя повышать стандарт “обычной практики”.

Между тем, последние годы суды начинают все чаще использовать стандарт “разумно-осмотрительного практикующего врача” (reasonably prudent practitioner). При этом врач может быть признан ответственным за субстандартное лечение, если истец сумеет доказать, что врач, хотя и придерживался общепринятых в профессиональной среде правил, не проявил разумную осмотрительность при оказании помощи пациенту.

Еще один пример из упоминавшейся работы J. Knoll and J. Gerbasí. Психиатр назначает пациенту новый антипсихотический препарат, среди побочных действий которого — возможная серьезная аритмия у некоторых пациентов с сердечной патологией. Разумная осмотрительность в данном случае включала бы в себя получение врачом информации о возможном наличии у пациента сердечной патологии и назначение ЭКГ. Предположим, что в перегруженном амбулаторном психиатрическом учреждении ЭКГ, как правило, не проводится и риск развития аритмии оценивается на основании сведений, полученных от пациента и анализа доступной медицинской документации. Если при данных условиях пациент умирает от сердечной аритмии и его семья преследует психиатра по суду за профессиональную небрежность, психиатр может быть признан ответственным за смерть пациента при использовании стандарта “разумно осмотрительного практикующего врача”, но не может быть признан ответственным при использовании стандарта “обычной практики” [7]. К настоящему времени стандарт “разумно осмотрительного практикующего врача” исползуется более чем в половине штатов США [8].

Анализ причинности

В делах по искам о не соответствующей стандартам психиатрической помощи и причинении действиями или бездействием врача вреда пациенту, анализ причинности приобретает первостепенное значение. Для того, чтобы доказать причинную связь между небрежностью врача и вредом пациенту, истец должен доказать, что действия или упущения психиатра явились не просто причиной вреда или “актуальной

причиной” (cause-in-fact), но ближайшей, непосредственной или “юридической причиной” (proximate or “legal” cause) вреда [9].

Актуальная причина (cause-in-fact) определяется как причина, без которой результат был бы невозможен [10]. Она — с необходимостью предшествует вреду. Ее иногда описывают как “без” — тест: без отступления психиатра от стандарта оказания психиатрической помощи вред бы не случился.

Юридическая причина (legal cause) — менее четкое понятие. Юридически словарь Merriam Webster’s определяется ее как причину, которая запускает последовательность событий, не прерываемую какими-либо другими “замещающими” причинами, и приводящую к определенному предсказуемому результату, который бы в других обстоятельствах не произошел [11].

Теоретически, причины всякого конкретного события могут рассматриваться как тянущиеся неопределенно далеко в прошлое, а результаты — как простирающиеся неопределенно далеко в будущее. Решая практические вопросы, право произвольно разделяет эту бесконечную цепь причин и следствий. Выбор места разделения причинно-следственной цепи в значительной мере определяется существующими в обществе представлениями о справедливости и честности. Как правило, ответчик не несет ответственности за отдаленные или маловероятные последствия своих действий или упущений [12].

Если в запущенную юридической причиной цепь последовательно и естественно развивающихся событий вторгается *непредвидимая* причина, которая разрывает эту цепь и, таким образом, сама превращается в юридическую причину (заместив ранее существовавшую), в таком случае говорят о “вмешивающейся” или “замещающей причине” (intervening cause) [13]. Важной ее особенностью является то, что ее невозможно рационально предвидеть. Классический пример — дело Palsgraf v. Long Island Railroad (1928). Пассажир с огромным немаркированным пакетом в руках с трудом забирался в вагон поезда. Проводник вагона (ответчик по делу), пытаясь помочь пассажиру, подтолкнул его, и пакет упал на платформу. При ударе пакета о землю взорвались находившиеся в нем фейерверки. Взрывная волна перевернула платформенные весы, находившиеся в 9 метрах от места взрыва. Перевернувшиеся весы упали и ударили одного из стоявших на платформе пассажиров (истца в данном деле), причинив ему вред. В суде присяжные вынесли вердикт в пользу истца, решив, что проводник действовал небрежно. Апелляционный суд Нью-Йорка отменил решение суда первой инстанции, указав, что хотя проводник вагона, возможно, и допустил небрежность в отношении садящегося в вагон пассажира, этот проводник не мог *предвидеть*, что его небрежные действия в отношении садящегося в вагон пассажира причинят вред истцу, стоявшему в 9 метрах [14].

Ответственность врача за суицид пациента

Дело *Weathers v. Pilkinton*, рассматривавшееся апелляционным судом штата Теннесси в 1988 г., дает представление как о границах ответственности врача за предоставление ненадлежащей медицинской помощи, так и о степени сложности анализа причинно-следственных связей между непрофессиональными действиями врача и смертью пациента.

Как следует из текста судебного решения, в Рождественские праздники 1983 г. после ссоры с женой Michael Weathers стал требовать от нее убить его, при этом он достал ружье и протянул его жене. В результате Weathers был принят в добровольном порядке в психиатрический стационар, где находился в течение двух месяцев. Через 4 месяца после выписки супруги стали жить раздельно. Две недели спустя Weathers принял большую дозу кодеина с целью самоубийства, однако остался жив, и вновь обратился к жене с просьбой убить его, после чего в течение двух недель получал стационарное психиатрическое лечение. Вскоре после выписки он выпил токсическую дозу элавила и был доставлен в местную больницу, где его лечащим врачом был Dr. Pilkinton (ответчик по делу) — врач общей практики. Через 8 дней Weathers был выписан. 7 ноября 1984 г. он написал записку о своем желании уйти из жизни и вновь принял огромную дозу лекарств. Weathers был доставлен в больницу в состоянии нарушенного сознания, однако, придя в себя на следующее утро, потребовал немедленно выписать его, что и было сделано. При выписке Dr. Pilkinton настоятельно рекомендовал Weathers обратиться в местный центр психического здоровья для амбулаторного лечения. В течение следующих трех недель настроение его улучшилось, он возобновил работу. Однако 28 ноября 1984 г. Weathers позвонил жене и заявил, что намерен застрелиться. Он привел свою угрозу в исполнение до того, как к его дому прибыл вызванный женой наряд полиции.

Жена Weathers обратилась в суд с иском к Dr. Pilkinton, утверждая, что его непрофессиональные действия явились причиной смерти ее мужа и что своими действиями ответчик намеренно причинил ей серьезный психологический вред.

В суде первой инстанции со стороны истца выступили два эксперта в области психического здоровья. Оба свидетельствовали, что существующий в регионе стандарт профессиональной помощи требовал от Dr. Pilkinton обеспечить Weathers после его неоднократных недавних суицидальных попыток консультацией психиатра и госпитализировать его в психиатрический стационар в недобровольном порядке, и что небрежность Dr. Pilkinton явилась непосредственной (юридической) причиной смерти Weathers.

Суд вынес решение в пользу ответчика, указав, что суицидальный акт Weathers был его намеренным

действием, вклинивающимся в причинно-следственную связь (и разрывающим ее) между небрежностью врача и смертью пациента [intervening intentional act] и именно этот акт является непосредственной причиной смерти Weathers [15]. То есть, хотя действия Dr. Pilkinton не соответствовали стандарту профессиональной помощи и свидетельствовали о его небрежности, они в то же время не являлись юридической причиной смерти Weathers. Обвинение в причинении истцу серьезного психологического вреда также было отвергнуто судом, как не нашедшее фактического подтверждения.

Решение суда было обжаловано, и дело рассмотрел апелляционный суд штата. Формулировавший решение большинства суда, судья Cantrell, писал: “Имеются документальные свидетельства, на основании которых жюри присяжных могло придти к заключению, что Dr. Pilkinton в процессе лечения Weathers, допустил профессиональную небрежность. Если имеются доказательства, на основании которых жюри могло заключить, что Dr. Pilkinton допустил профессиональную небрежность, единственный остающийся вопрос — есть ли доказательства, на основании которых жюри могло бы заключить, что предполагаемая небрежность Dr. Pilkinton была юридической причиной смерти погибшего. Как указал наш [штат Теннесси] Верховный суд в деле *Lancaster v. Montesi*, 216 Tenn. 50, 330 S.W. 2d. 217 (1965), в нашей и других юрисдикциях при решении подобных случаев суды, как правило, исходили из того, что акт суицида разрывает цепь причинно-следственных связей в тех случаях, когда разум и память суицидента не были нарушены настолько, что он не знал и не понимал того, что он делал и потому не мог отвечать за свои действия. Суд, — продолжал судья Cantrell, — процитировал следующий отрывок из решения по делу *Daniels v. New York N.H. & H.R. Co.*, 183 Mass. 393, 67 N.E. 424 (1903): “Акт суицида, совершаемый при наличии [у суицидента] умеренной степени свободы выбора, даже если этот выбор ограничен ввиду наличия психического расстройства, должен рассматриваться как новая и независимая действующая причина смерти, наступившей сразу после этого”. 67 N.E. at 426.

С учетом предыдущих судебных решений, мы приходим к заключению, что, когда ответчик причиняет вред другому лицу либо осознанно, либо по неосмотрительности и, как результат, человек, которому вред причинен, совершает суицид, акт суицида является, с точки зрения права, “вторгающейся” независимой причиной (intervening independent cause) в том случае, если совершавший суицид знал и понимал характер своего действия или обладал достаточной способностью сделать выбор... В иных обстоятельствах, если суицидент не понимал характер и последствия своих действий, или если разум и память его были в то время настолько нарушены, что он не осознавал и не понимал того, что он делал и поэтому не был ра-

зумно действующим субъектом, правило, конечно, иное. При таких обстоятельствах акт суицида не был бы произвольным, рассчитанным, намеренным действием, и не исключал бы возможность удовлетворения иска о причинении смерти в результате небрежности. Поэтому мы исходим из того, что вывод в данном случае зависит от ответа на вопрос, существуют ли документальные доказательства, на основании которой жюри присяжных могло бы заключить, что во время причинения себе смерти Weathers не осознавал и не понимал характер своего суицидального акта и поэтому не имел умысла и разумного намерения совершить его. Единственное документальное доказательство, имеющее тенденцию показать, что Weathers не осознавал и не понимал характер своих действий 28 ноября 1984 г. — косвенное доказательство, вытекающее из наличия у него признаков депрессии, его лечения и его прежних суицидальных попыток. Никто из медицинских экспертов со стороны истца не свидетельствовал в суде, что Weathers был лишен разума или не осознавал и не понимал того, что он делал. С другой стороны, имеется огромное количество доказательств, что с 11 по 28 ноября 1984 г. Weathers функционировал нормально и вел ничем не примечательный образ жизни. Рассматривая факты в свете, наиболее благоприятном для истца, мы убеждены, что нет доказательств, на основании которых жюри присяжных могло бы сделать вывод, что Weathers 28 ноября 1984 г. был в таком состоянии тревоги или депрессии, что не понимал существа своих действий. Поэтому, судья справедливо вынес решение в пользу ответчика” [16].

Судья Tatum, не согласившийся с решением большинства суда, изложил свою точку зрения, как представляется, не менее убедительно. “ Я согласен с большинством, что имелись доказательства небрежности со стороны ответчика. Я не согласен, что такая небрежность не могла быть найдена жюри в качестве непосредственной причины смерти погибшего. Данные о предыдущих его попытках совершить суицид являются серьезным доказательством того, что он страдал психическим расстройством, продуцирующим суицидальные побуждения. Именно по этой причине он был помещен под наблюдение ответчика — лица, предоставляющего медицинские услуги. Попытаться предотвратить суицид пациента являлось обязанностью ответчика. В деле *Adams v. Carter County Memorial Hospital*, 548 S.W.2d 307 (Tenn.1977), наш (штат Теннесси) Верховный суд цитировал с очевидным одобрением научную статью, опубликованную в 24 томе юридического журнала *Vanderbilt Law Review*, 217 (1971), озаглавленную: “Гражданская ответственность за причинение (causing) суицида. Синтез права и психиатрии”. Я цитирую из этой работы: “Прежде всего, представляется очевидным, что ответственность могла бы быть возложена на психиатра за грубую ошибку в оценке необходимости недоброво-

льной госпитализации. Допуская самые широкие психологические оправдания нежелания прибегать к недобровольной психиатрической госпитализации до тех пор, пока она не станет абсолютно необходимой [не следует забывать, что] суицидальные симптомы могут быть настолько явными, что психиатр с профессиональными навыками среднего уровня обязан прибегнуть к недобровольной госпитализации. Например, если индивид совершал ранее серьезные суицидальные попытки, находится в состоянии глубокой депрессии с нарушением сна, аппетита, и, вследствие этого, почти не способен функционировать в обществе, но психиатр не госпитализирует его, психиатр мог бы быть признан ответственным за последующий суицид такого индивида ”. Я согласен с Верховным судом штата Нью-Джерси в *Cowan v. Doering*, 215 N.J. Super. 484, 522 A.2d 444 (1987). В этом деле врач, проводивший интенсивную терапию депрессивной пациентке, которая поступила в стационар после приема токсической дозы снотворных препаратов с суицидальной целью, не принял мер для предотвращения повторного суицида. В результате пациентка выпрыгнула из окна больницы. В суде врач утверждал, что пациентка понимала и оценивала последствия своих действий и поэтому ее суицидальная попытка была “вмешивающейся” независимой причиной. Отвергая такую защиту и поддерживая вердикт жюри присяжных, суд штата Нью-Джерси указал: “Наблюдение является в особенности важным, когда, как в данном случае, обязанности врача и больницы включают в себя ответственность за предотвращение достаточно предсказуемого риска причинения пациентом вреда самому себе. Мы не находим разумного основания принять стерильный и нереалистичный подход, что если пациент с психическим расстройством не полностью утратил способность отвечать за свои поступки, он в полной мере несет юридическую ответственность за свою собственную неосмотрительность. При современном состоянии медицинских знаний возможно и целесообразно оценивать степень эффективности психического функционирования и соотносить ее с юридической ответственностью. С нашей точки зрения, поведение пациента с суицидальными тенденциями и нарушенными в результате психического расстройства суждениями не должно мериться стандартами, применимыми к здоровому взрослому человеку. Где существует разумная возможность предвидеть, что пациент по причине своей психической болезни может попытаться причинить вред себе, те, кто отвечают за оказание ему помощи, обязаны принять меры по защите его от его собственных самодеструктивных побуждений. Такая обязанность существует в отношении обоснованного риска причинения пациентом вреда самому себе вне зависимости от того, являются ли действия пациента намеренными или неосмотрительными” [17].

Решение апелляционного суда штата Теннесси в *Weathers v. Pilkinton*, установившее, что суицид пациента является независимой вмешивающейся причиной, если пациент осознал и понимал существо своего суицидального акта и поэтому имел сознательную и разумную цель совершить его, и в таком случае психиатр не несет ответственности за суицид своего пациента, не следует рассматривать как универсально принятое. В других юрисдикциях, например в Калифорнии, суды придерживаются точки зрения, что обязанность врача заботиться о том, чтобы его пациент не причинил вреда себе или другим, является универсальной и не зависит от того, понимал ли пациент при совершении суицида существо своих действий или нет [18].

Ответственность лечебного учреждения за суицид пациента

12 июня 1986 г. 16-летний Джо Мусе, в связи с наличием у него признаков депрессии и суицидальных мыслей, поступил на стационарное лечение в частное лечебное учреждение — Charter Hospital. В период пребывания в стационаре у него были выявлены вербальные галлюцинаторные расстройства, фон настроения оставался сниженным. Между тем, медицинская страховка Мусе покрывала лишь месячный период стационарного лечения и истекла 12 июля. По мере приближения этой даты лечащий врач (Dr. Barnhill) решил провести лабораторное исследование содержания лекарственного препарата в крови Мусе. Анализ был назначен на 13 июля. Dr. Barnhill обратился к администрации больницы с просьбой разрешить пациенту остаться в стационаре до 14 июля. Его обращение было подкреплено письменным обещанием родителей пациента оплатить эти два дополнительных дня за свой счет. 14 июля результаты анализа все еще не были получены, и администрация больницы потребовала выписки Мусе. В тот же день Dr. Barnhill был вынужден выписать Мусе с рекомендацией амбулаторного лечения в местном центре психического здоровья. При этом, “у Dr. Barnhill были “дурные предчувствия” в отношении преждевременной выписки Мусе и его разочарование и неудовлетворенность были очевидными для всех” [19]. После выписки пациент уехал вместе с родителями на отдых. Возвратившись 22 июля, он начал амбулаторное лечение под наблюдением клинического психолога. Однако 30 июля пациент не явился к психологу, а на другой день принял смертельную дозу дезипрамина (пертофран) — одного из назначенных ему препаратов. Родители Мусе обратились в суд иском к Charter Hospital, утверждая, что состояние их сына при выписке из стационара было хуже, чем при поступлении и его суицид явился результатом преступной небрежности, проявленной Charter Hospital по отношению к их сыну.

Жюри присяжных решило, что адекватная медицинской помощи Мусе в стационаре Charter Hospital не была оказана по той причине, что Charter Hospital установил и применяет на практике правило, требующее от лечащего врача выписывать своего пациента по истечении покрываемого страховым полисом срока пребывания в стационаре, и что такая практика препятствует лечащему врачу выполнять свои профессиональные обязанности в отношении пациента. Присяжные определили сумму компенсации ущерба истцам (родителям Мусе) в размере 1 млн. долларов. Кроме того, присяжные расценили действия Charter Hospital в отношении Мусе как “намеренно нарушающие закон или в высшей степени безразличные” (willful or wanton) и наложили на Charter Hospital (в дополнение к “компенсаторной” сумме) штрафную компенсацию в размере 2 млн. долларов. Присяжные также решили, что поскольку Charter Hospital управляется компанией Charter Medical Corporation, эта компания должна выплатить истцам 4 млн. долларов в качестве штрафной компенсации.

Ответчики обжаловали решение суда первой инстанции, и дело рассмотрел апелляционный суд штата Сев. Каролина. Формулируя решение апелляционного суда, судья Lewis отметил, что Верховный суд штата Сев. Каролина подтвердил, что больницы штата обязаны проявлять заботу о своих пациентах, и что предыдущими судебными решениями признано, что больница должна выполнять назначения врача, если они не являются опасными и соответствуют профессиональным стандартам оказания медицинской помощи, и такое выполнение предписаний лечащего врача является частью обязанностей больницы в отношении пациента. Другая признанная обязанность больницы состоит в том, чтобы прилагать разумные усилия для контроля лечения, назначенного врачами, работающими в данной больнице. “Представляется аксиоматичным, что больница не должна устанавливать правила и инструкции, которые бы вмешивались в медицинские решения врача... Charter Hospital был обязан не устанавливать правила, которые требовали выписки пациентов по истечении их страховки и допускали вмешательство в медицинские решения Dr. Barnhill” [20]. Апелляционный суд подтвердил законность решения суда первой инстанции, исключая ту его часть, которая относилась к назначению штрафных компенсаций.

Williamson v. Liptzin

Дело *Williamson v. Liptzin*, с учетом его необычности, и того особого (и тревожного) внимания, с которым американское психиатрическое сообщество следило за его развитием в 1998 – 2000 гг., заслуживает подробного анализа.

В один из дней сентября 1992 г. Wendell Williamson 24-летний студент-юрист университета штата Се-

верная Каролина, находясь в университетском кампусе, неожиданно стал наносить себе удары по лицу и без видимой причины кричать на окружающих. После осмотра в студенческой поликлинике он был в недобровольном порядке госпитализирован в психиатрический стационар университета, где сообщил врачам, что обладает телепатическими способностями и в течение последних 8 месяцев слышит голоса. Было также установлено, что он хранил у себя в комнате винтовку M-1.

В стационаре Williamson отказался принимать назначенное ему лечение и оспорил необходимость недобровольной госпитализации. Судья отказал больнице в продлении недобровольной госпитализации и рекомендовал лечение в амбулаторных условиях. Williamson был выписан с диагнозом: “исключить шизофрению”.

В марте 1994 г. он сорвал занятие в своей группе, пытаясь показать видеокассету, из которой, по его утверждениям, следовало, что он обладает телепатическими способностями. При осмотре его психологом студенческой поликлиники оснований для недобровольной психиатрической госпитализации не было установлено, был продублирован диагноз: “исключить шизофрению” и рекомендовано амбулаторное психиатрическое лечение, от которого Williamson поначалу отказался. Однако после беседы с деканом университетской юридической школы, предупредившим, что вряд ли сможет рекомендовать его для адвокатского экзамена в данных обстоятельствах, Williamson согласился на консультацию у психиатра студенческой поликлиники — Dr. Liptzin.

При первой беседе с Dr. Liptzin 8 марта 1994 г. он рассказал, что 2 года назад обнаружил у себя телепатические способности, что каждый вечер выпивает примерно по 6 банок пива и время от времени употребляет марихуану. Чтобы не закрывать Williamson дорогу к юридической практике, Dr. Liptzin (для которого наличие у Williamson признаков шизофрении было достаточно очевидным) установил ему диагноз: “бредовое расстройство” и предложил лечение наваном. В дальнейшем на протяжении 10 недель Dr. Liptzin осматривал Williamson шесть раз, беседуя с ним каждый раз от 20 мин. до 1 часа.

5 апреля 1994 г. во время их четвертой встречи Dr. Liptzin сообщил, что в июне он выходит на пенсию, прекращает работу в студенческой поликлинике и предложил обсудить вопрос о последующем наблюдении и лечении Williamson, отметив, что, со своей стороны, был бы рад помочь в выборе врача. Психическое состояние Williamson к этому времени заметно улучшилось, психотические расстройства исчезли, он перестал пропускать занятия в университете, успеваемость его повысилась. Он также продолжал регулярно принимать наван.

На последней встрече 25 мая 1994 г. Dr. Liptzin выписал рецепт на 30 капсул навана и заметил, что

хотел бы переговорить с выбранным пациентом врачом, чтобы обеспечить непрерывность лечения. Williamson ответил, что еще не решил, останется ли он на лето в университетском городке, или поедет к родителям, живущим в другом городе, а потому пока что не знает, у кого он будет наблюдаться. Dr. Liptzin порекомендовал обратиться в местный центр психического здоровья или к семейному врачу, если пациент поедет к родителям, либо в студенческую поликлинику к заменяющему Dr. Liptzin врачу, если решит остаться.

Вскоре Williamson уехал к родителям. Там, он, однако, не стал обращаться к врачам и вскоре прекратил прием навана, ссылаясь на появляющуюся после его приема гиперчувствительность к солнечному свету. О прекращении приема лекарства Williamson сообщил своим родителям.

В августе он возвратился в университет. В осеннем семестре Williamson вел себя упорядоченно, справлялся с учебной нагрузкой, сдал положенные зачеты и экзамены, за медицинской помощью не обращался, лекарства не принимал. Однако уже в начале следующего семестра он перестал ходить на занятия, приехал в дом родителей и, взяв оттуда винтовку M-1 (ту самую, которую он прежде держал у себя в комнате и которая после его психиатрического лечения в 1992 г. хранилась в доме родителей), возвратился в университет.

26 января 1995 г. Williamson, выйдя с этой винтовкой на улицу, открыл беспорядочную стрельбу по прохожим, убив 2 человек. Выстрелами полицейского Williamson был ранен в ноги и задержан. Ему было предъявлено обвинение в убийстве. В ноябре 1995 г. присяжные признали Williamson невменяемым, и он был направлен на стационарное принудительное психиатрическое лечение.

16 мая 1997 г., находясь на принудительном лечении в психиатрической больнице штата, Williamson подал в суд иск против своего бывшего психиатра (а теперь пенсионера) Dr. Liptzin, обвиняя его в профессиональной небрежности, которая, по утверждениям истца, явилась непосредственной причиной убийства истцом двух человек, ранения его в ноги при задержании, суда над ним за совершение уголовного преступления и недобровольной психиатрической госпитализации на неопределенный период времени. Истец утверждал, что профессиональная небрежность Dr. Liptzin выражалась в том, что он оставил нерешенным вопрос о последующем психиатрическом наблюдении Williamson, не предпринял попыток убедить, принимает ли Williamson назначенное ему лечение, не объяснил должным образом опасность прекращения приема навана [21].

В процессе суда Williamson утверждал, что большая часть вины за два убийства лежит на Dr. Liptzin, т.к. “он в большей степени контролировал ситуацию, чем я” и он фактически не верит, что хотя бы в какой-то степени виновен в том, что открыл стрельбу по

людям [22]. Диагноз “бредовое расстройство”, установленный Dr. Liptzin своему пациенту “из лучших побуждений”, открыл для истца возможность утверждать, что Dr. Liptzin намеренно ввел его в заблуждение относительно тяжести имеющегося у него психического расстройства и необходимости непрерывного приема навана.

Три эксперта со стороны истца (два психиатра и психолог) свидетельствовали, что Williamson страдает шизофренией, и каких-либо сомнений в этом у них нет. Один из них (психолог Dr. Warren) показал, что истец был не способен принять на себя ответственность за свое лечение ко времени прекращения его наблюдения ответчиком. Он также отметил, что в медицинской документации нет сведений о том, что Dr. Liptzin предоставил необходимую истцу информацию для того, чтобы истец мог решить для себя, имеется ли у него или нет серьезное психическое расстройство, нуждается он или нет в длительном приеме медикаментов, и что ему следует делать в случае ухудшения психического состояния. По мнению Dr. Warren, поскольку истец не имел правильного представления о серьезности имеющегося у него психического расстройства, он не мог принимать адекватные решения относительно своего лечения.

Одним из психиатров-экспертов со стороны истца был Dr. Bellard — человек, которого ответчик в свое время учил психиатрии. “Ученик” свидетельствовал в суде, что действия его бывшего учителя не соответствовали принятому в данной местности стандарту психиатрической практики, т.к. Dr. Liptzin не организовал встречу между пациентом и психиатром, который должен был бы наблюдать Williamson после того, как Dr. Liptzin выйдет на пенсию. Dr. Bellard также заявил, что, основываясь на имеющейся у Williamson симптоматике, Dr. Liptzin должен был немедленно установить ему диагноз шизофрении, а не бредового расстройства, т.к. диагностирование расстройства менее серьезного, чем имеющееся, создавало у истца ложное ощущение “необязательности” следования назначенному лечению.

3 психиатра со стороны ответчика (в числе которых был Dr. Jeffrey Janofsky, вступающий в должность президента Американской академии психиатрии и права в 1998 г.) в своих заключениях делали акцент на то, что психоз не является синонимом опасности и что опасность не поддается надежному предсказанию.

В октябре 1998 г. жюри присяжных вынесло вердикт в пользу истца, решив, что Dr. Liptzin допустил профессиональную небрежность, в результате которой истцу был причинен вред: боль в результате ранения в ноги при задержании его полицией, последующая хирургическая операция, переживания, связанные с участием в суде по обвинению в убийстве, психиатрическая госпитализация в связи с признанием невменяемым, и невозможность продолжать учебу

в университетской юридической школе. Dr. Liptzin, согласно решению присяжных, должен был выплатить истцу компенсацию в размере 500 тыс. долларов.

Решение суда потрясло и врачей, и родственников жертв стрельбы истца. Отец 20 летнего молодого человека, погибшего от пули истца, заявил, что не в силах понять присяжных, т.к. “убийца фактически вознагражден за то, что он сделал” [23]. Nada Stotland — председатель одной из комиссий АПА (вступающая в 2008 г. в должность Президента Американской психиатрической ассоциации) сказала корреспонденту газеты American Medical News, что это судебное решение “создает тягостную атмосферу во всей медицине” [24]. Врачи других специальностей стали высказывать опасения, что они тоже могут быть признаны ответственными за отказ пациента следовать врачебным рекомендациям, например, за смерть пациента с сахарным диабетом, отказывающегося принимать инсулин.

Между тем, Dr. Liptzin обжаловал решение суда первой инстанции, и дело рассмотрел апелляционный суд штата Северная Каролина.

Апелляционный суд отметил, что для достижения цели в иске о небрежности истец должен доказать, что ответчик имел в отношении истца обязанность проявлять разумную заботу, что ответчик не проявлял такую заботу, и что неосуществление разумной заботы было непосредственной причиной вреда истцу. Признав, что данное дело поднимает много новых вопросов относительно каждой из сторон “профессиональной небрежности”, суд решил сосредоточиться на обсуждении концепции непосредственной (юридической) причины, т.к. утверждение о том, что предполагаемая небрежность ответчика не являлась непосредственной причиной вреда истцу, составляло основу апелляции.

Как отметил судья Timmons-Goodson, апелляционные суды в штате Сев. Каролина определяют непосредственную (юридическую) причину, как причину, которая в естественной последовательности, не прерываемой какими-либо новыми и независимыми причинами, приводит к вреду истцу, без которой этот вред не был бы причинен, и на основании которой обычный осмотрительный человек, учитывая все имевшиеся факты, мог разумно предвидеть, что такие вредоносные по своей сущности последствия являются вероятными. Элемент “предвидимости” является необходимым для непосредственной причины. Чтобы доказать, что действие “предвидимо”, от истца требуется доказать, что ответчик, проявляя разумную заботу, мог предполагать, что его действие или упущение может причинить какой-либо вред или что некие общие последствия вредоносного характера могут быть ожидаемы. От истца не требуется доказательство, что ответчик мог предвидеть вред в его точной форме. Однако и от ответчика не требуется предвидеть события, которые *просто возможны* (merely possible), но

лишь те, которые разумно предвидимы (reasonably foreseeable).

“Ответственность человека за его небрежность должна где-то заканчиваться. Если связь между небрежностью и вредом представляется неестественной, необоснованной и маловероятной с точки зрения опыта повседневной жизни, небрежность, даже если она мыслится как причина вреда, должна рассматриваться скорее как отдаленная, чем непосредственная причина. Допущение, что нарушивший гражданское право ответствен за то, что является необычным, маловероятным и едва ли возможным, налагает на него слишком тяжелую ответственность... Немыслимо, чтобы всякий ответчик считался ответственным за все тянущиеся в бесконечность последствия, вытекающие из его действия” [25].

Суд указал, что анализ доказательств в свете, наиболее благоприятном для истца, показывает, что ответчик не мог предвидеть причиненный истцу вред.

Так, на вопрос, можно ли было предвидеть, что истец станет опасным для себя или других, его (истца) эксперт (Dr. Cramer), ответил в суде отрицательно. По мнению другого эксперта со стороны истца (Dr. Bellard), существовала повышенная вероятность совершения истцом насилия в отношении самого себя. Однако, будучи спрошен в суде, является ли повышенная вероятность причинения вреда самому себе “фактором риска” причинения вреда другим, этот эксперт заявил, что не может дать определенного ответа на такой вопрос, и что невозможно было предвидеть, что истец совершит убийство. Поведение истца до и непосредственно после выхода ответчика на пенсию никак не указывало, что он может проявить насилие в отношении других. Кроме того, что он ударил сам себя по лицу, истец никогда не проявлял признаков насилия в своем поведении. Истец сам подтвердил, что мысли о причинении вреда другим людям появились у него лишь через несколько месяцев после последней встречи с Dr. Liptzin.

Суд отметил также, что вред истцу, в дополнении к тому, что его невозможно было предвидеть, являлся слишком отдаленным во времени: между последним визитом истца к Dr. Liptzin и инцидентом, приведшим к причинению истцу вреда, прошло 8 месяцев.

“Просто предположения о том, что *могло* случиться и что *могло бы быть* результатом случившегося и анализа “факторов риска” насилия в отношении самого себя, которые могут привести, а могут и не привести к риску насилия в отношении других недостаточно для установления “предвидимости” вреда истцу... Поэтому мы приходим к выводу, что экспертные заключения, представленные истцом, устанавливают то, что было лишь *возможно*, но не то, что было разумно предвидимо. Возложение на психиатра, работающего в амбулаторных условиях, ответственности за действия пациента, которые в лучшем случае основывались на возможности, а не на предвидимости, имело

бы неблагоприятные последствия для психиатрической помощи. Это поощряло бы психиатров и других специалистов в области психического здоровья к возврату к патерналистским методам, таким как недобровольная психиатрическая госпитализация, чтобы защитить себя от возможной ответственности за медицинскую небрежность. Несмотря на то, что непрофессионалы придерживаются прямо противоположной точки зрения, подавляющее большинство психически больных не проявляют признаков насилия и склонны к насилию не более, чем представители общей популяции, и, таким образом, такие жесткие меры, как недобровольная психиатрическая госпитализация, редко необходимы... Более того, политикой Северной Каролины в отношении психически больных является поощрение применения наименее ограничительных методов лечения и поощрение большей самостоятельности пациента” [26].

Апелляционный суд решил, что предполагаемая небрежность Dr. Liptzin не являлась юридической причиной вреда истцу и отменил решение суда первой инстанции.

Dr. Herbert (2001), рассуждая о том, какие уроки психиатры должны вынести из данного дела, пишет: “Во-первых, вне зависимости от того, насколько благими являются Ваши мотивы, не устанавливайте ложных диагнозов. Во-вторых, там, где последующее наблюдение явно необходимо (не соблюдающий режим лечения пациент молодого возраста с признаками шизофрении и зависимости от вызывающих привыкание веществ), необходимо сделать (и документировать) большее, чем просто побуждать пациента самому искать подходящего ему врача” [27].

Небрежность при выборе метода лечения и теория “уважаемого меньшинства”

Суицид пациента, являясь одной из самых серьезных причин для иска о профессиональной небрежности психиатра, к счастью, не является самой частой причиной. Три наиболее частые претензии включают в себя неправильный диагноз, неадекватное лечение и побочное действие лекарственных веществ. Что касается неадекватных лечебных мероприятий, то чаще всего поднимается вопрос о неадекватном психофармакологическом лечении¹ [28]. При этом речь может идти либо о выборе неподходящего способа лечения (например: аминазин при депрессии) либо о неправильном применении адекватного метода (ЭСТ без миорелаксантов). Учитывая, что диагностика в психиатрии основывается преимущественно на субъективной оценке поведенческих проявлений пациента и его вербальной продукции, существует большая (в срав-

¹ Психотерапия, даже если она проводится не должным образом, в большинстве случаев не приводит к заметному физическому вреду для пациента.

нении с соматической медициной) вероятность расхождения мнений специалистов в отношении, как психиатрического диагноза, так и адекватного лечения в каждом конкретном случае. И хотя использование метода лечения, не являющегося общепринятым, не обязательно влечет за собой ответственность, следование методике, принятой большинством профессионалов, обычно, предотвращает ее наступление [29]. Для доказательства “обычности” того или иного лечебного метода, не требуется, чтобы им пользовалось большинство врачей. В значительном числе штатов достаточно, чтобы он поддерживался “уважаемым меньшинством” (respectable minority) в данной области медицины. “Где существуют две или более научных школы среди компетентных членов медицинской профессии касательно подходящего медицинского лечения при данном заболевании, каждая из которых поддерживается заслуживающим доверия медицинским авторитетом, не является невыполнением своих профессиональных обязанностей находиться среди меньшинства, следующего одной из признанных школ” [30].

Однако если имеются надежные доказательства (например, результаты двойного слепого контролируемого исследования, неоднократно подтвержденные в различных медицинских исследовательских учреждениях), что метод лечения, поддерживаемый “уважаемым меньшинством”, является менее эффективным, чем общепринятый, у пациента, даже, если он дал информированное согласие на лечение методом, одобряемым “уважаемым меньшинством”, появляется возможность (например, в случае разочарования в результатах лечения) заявлять о профессиональной небрежности психиатра при выборе лечения.

2 января 1979 г. 42-летний врач-нефролог Rafael Osheroff поступил в добровольном порядке на стационарное лечение в одно из самых известных в США психоаналитически-ориентированных психиатрических учреждений - Chestnut Lodge в штате Мэриленд. Chestnut Lodge — “кузница кадров” американских психиатров-психоаналитиков, и многие из тех, кто проходил там подготовку, стали ведущими специалистами в области психоанализа. В течение двух предшествующих данной госпитализации лет у Osheroff отмечались тревожно-депрессивные расстройства, ему проводилось в амбулаторных условиях лечение трициклическими антидепрессантами и индивидуальная психотерапия. Последнее время, однако, он не принимал антидепрессанты в назначенных ему дозах, и непосредственно перед настоящей госпитализацией у него отмечалось ухудшение психического состояния.

При поступлении ему был установлен диагноз: “выраженное нарциссическое расстройство личности и маниакально-депрессивное расстройство, депрессивный тип”. Была назначена индивидуальная и групповая психотерапия (4 раза в неделю). Каких-либо психофармакологических препаратов не назначалось

ввиду того, что депрессивная симптоматика рассматривалась как производная основного расстройства (нарциссическое расстройство личности), корни которого, согласно психоаналитической теории, лежат в особенностях раннего детского развития пациента², а также из-за того, что, с точки зрения многих психоаналитически-ориентированных врачей, психофармакологические препараты снижают эффективность психотерапии.

Между тем, психическое состояние Osheroff не улучшалось, более того, у него появилась выраженная инсомния, поведенческие нарушения в виде психомоторного возбуждения. Обеспокоенная семья пациента обратилась к одному из психиатров в Вашингтоне за консультацией. После разговора с вашингтонским коллегой Chestnut Lodge провела клиническую конференцию для обсуждения тактики лечения Osheroff. На конференции было принято решение продолжать интенсивную индивидуальную психотерапию и, по-прежнему, не назначать каких-либо лекарственных препаратов.

Состояние Osheroff продолжало ухудшаться, к концу 7 месяца пребывания в стационаре он потерял в весе около 20 кг. Напуганные родные забрали пациента из Chestnut Lodge и поместили в частный психиатрический стационар в другом штате, где пациенту был установлен диагноз: “психотическая депрессивная реакция”, назначено лечение препаратами фенотиазинового ряда и трициклическими антидепрессантами. В течение нескольких недель психическое состояние пациента существенно улучшилось, и через 3 месяца он был выписан из стационара и вернулся к врачебной работе, продолжая поддерживающую терапию.

В 1982 г. Osheroff инициировал судебное преследование Chestnut Lodge, утверждая, что непрофессиональная диагностика и лечение в этом психиатрическом учреждении причинили ему вред (невозможность в течение длительного времени заниматься профессиональной деятельностью, потеря доходной медицинской практики, подрыв репутации в профессиональном сообществе). В соответствии с законом штата Мэриленд, иск рассматривался арбитражной комиссией штата по вопросам оказания медицинской помощи. Комиссия вынесла решение в пользу истца, первоначально определив размер компенсации в 250 тыс. долларов, но затем уменьшила его. Истец обратился в суд. Однако дело было улажено до начала судебного разбирательства по достижении согласия между сторонами [31].

² Согласно психоаналитической модели, нарциссическое расстройство личности возникает в результате нарушения интериоризации образа идеального родителя из-за того, что ребенок либо потерял, либо глубоко разочаровался в идеализируемых объектах. Идеализированный образ — предшественник суперэго, потому, если идеализированный образ утрачен, утрачены и некоторые функции суперэго.

В своем анализе данного случая G. Klerman (1990) отмечает, что наиболее надежные доказательства безопасности и эффективности того или иного вида лечения врачи получают в результате рандомизированных контролируемых исследований. Ко времени госпитализации и лечения Osheroff в Chestnut Lodge в научной литературе не было опубликовано данных рандомизированных контролируемых исследований оценки эффективности как психофармакотерапии, так и психотерапии при лечении нарциссического расстройства личности. Что касается диагноза: “психотическая депрессивная реакция” (в 1979 г. действовала DSM-II), установленного в другом психиатрическом учреждении, и выбора адекватного метода лечения данного психического расстройства, то в то время имелись надежные доказательства эффективности двух биологических методов лечения: ЭСТ и комбинации фенотиазинов и трициклических антидепрессантов. Научные данные, поддерживающие утверждения об эффективности интенсивной индивидуальной психоаналитической психотерапии при какой-либо из форм депрессий, отсутствовали. “Даже если мы предположим, что диагноз нарциссического расстройства личности в данном случае правомерен, нет оснований утверждать, что наличие нарциссического расстройства личности является противопоказанием для применения антидепрессивных препаратов” [32].

**Сексуальные отношения
между психиатром и пациентом
как доказательство
не соответствующего стандартам лечения**

Сексуальные отношения врача и пациента, не связанные с проявлением насилия³, не являлись предметом судебного разбирательства до тех пор, пока юристы (с помощью психоаналитически-ориентированных психиатров и психологов) не пришли к пониманию ключевой роли явлений “переноса” (transference) и “контрпереноса” (countertransference) в процессе аналитической психотерапии. Поскольку доказательство наличия или отсутствия феномена “переноса” является часто определяющим при решении вопроса об ответственности врача за сексуальную связь со своим пациентом, рассмотрим этот вопрос подробнее.

“Перенос” может быть определен как “процесс, посредством которого пациент смещает на психотерапевта свое отношение, свои чувства к какой-то очень важной для него фигуре из своего прошлого (обычно, родителю)” [33]. Раскрывая свои наиболее сокровенные чувства и мысли своему психотерапевту, пациент формирует с ним интенсивные личные взаимоотношения и часто “влюбляется” в психотерапевта [34]. Между тем, с точки зрения психоаналитически-ориентированных психиатров, “перенесенный психологический материал”, как и сновидения, имеет не только явное, но и скрытое содержание. Фрейд обращал внимание на то, что “перенесенная [на психотерапевта] любовь” должна трактоваться как специфический феномен, связанный с процессом лечения, и не должна рассматриваться как обычная влюбленность, возникающая вне рамок лечения [35]. Психотерапевт “должен отдавать себе отчет в том, что влюбленность пациента индуцирована ситуацией анализа и не должна приписываться привлекательности своей собственной персоны, так что у него [психотерапевта] нет каких-либо оснований гордиться тем, что вне рамок анализа могло бы быть названо “победой” [36]. Психотерапевт, обращающий внимание лишь на внешние проявления чувств пациента и воспринимающий “любовь” пациента буквально, серьезно недооценивает клиническую ситуацию. Многие пациенты страдают от отсутствия тепла и любви в своих отношениях со значимыми для них людьми, и за страстным желанием любви могут скрываться чувство гнева и желание мести [37].

“Контрперенос” — направление психотерапевтом на пациента собственных осознаваемых и неосознаваемых чувств, мыслей, поведенческих реакций, которые имеют своим источником прошлое врача. Например, интенсивные эротические инцестуозные переживания раннего детства психотерапевта, могут стимулировать сексуально окрашенный интерес к другой запретной фигуре — пациенту [38]. Контрперенос в психотерапии не исключение, но правило. В Америке психотерапевт в процессе профессиональной подготовки учится правильному обращению с феноменами “переноса” и “контрпереноса”, и использованию того и другого в качестве психотерапевтических инструментов. Он может поощрять развитие

³ В эпоху “сексуальной революции” середины 1960-начала 1970-х гг. эротические отношения между врачом и пациентом открыто поощрялись некоторыми психиатрами. Так, Dr. James McCartney был одним из тех, кто считал сексуальные контакты между врачом и пациентом элементом психотерапевтического лечения и признавался, что практиковал раздевание и прикосновение к половым органам примерно 30 % своих пациенток, и совершал половой акт с 10 % пациенток. McCartney, J.L. (1966). Overt transference. *Journal of Sex Research*, 2, pp. 227 – 237. Цит. по Gary R. Shoener: *Sexual Exploitation Historical Overview*. <http://www.advocateweb.org>, доступ 24июля 2007 г. Dr. McCartney в последующем был изгнан из Американской психиатрической ассоциации. Согласно данным проводившегося в 1972 г. анонимного опроса американских психиатров, 7,2 % сообщили, что вступали в половую связь со своими пациентами и 13 % были вовлечены в сексуальные отношения, не заканчивавшиеся половой близостью. Что касается врачей других профессий, то 18 % гинекологов, 13 % врачей общей практики и 12 % терапевтов признали, что имели сексуальные контакты со своими пациентами. См. Sheldon H. Kardener, Marielle Fuller & Ivan N. Mensh, *A Survey of Physicians' Attitudes & Practices Regarding Erotic and Non-erotic Contact with Patients*, 130 *Am. J. Psychiatry* 1077, 1079 (1973).

“переноса” у пациента с терапевтической целью, при этом тщательно контролируя свои собственные явления “контрпереноса” в отношении пациента. К. Pope, P. Keith-Spiegel, B. Tabachnick (1986) в результате опроса 575 психотерапевтов установили, что хотя 95 % психотерапевтов-мужчин и 76 % психотерапевтов-женщин испытывали в той или иной мере сексуальное влечение к пациентам в процессе психотерапии, лишь 9,4 % мужчин и 2,5 % женщин позволили ему реализоваться [39].

Иски пациентов к психотерапевтам о компенсации вреда, возникшего в результате сексуальных отношений между психотерапевтом и пациентом, обычно основываются либо на утверждении истца, что ответчик убедил его, что секс является частью лечебного процесса, либо на том, что хотя ответчик никогда не говорил истцу, что секс является частью лечебного процесса, он не проявил необходимого самоограничения, вытекающего из фидуциарной обязанности (обязанность врача, как лица, облаченного особым доверием пациента, действовать честно и профессионально в интересах своего пациента) в отношении истца.

В первом случае защитой ответчика может быть лишь доказательство отсутствия сексуальных отношений с пациентом, т.к. в настоящее время невозможно найти эксперта, который бы свидетельствовал в суде, что секс между врачом и пациентом является приемлемой формой лечения.

Во втором — врач может попытаться прибегнуть к защите, основанной на том, что сексуальные отношения между ним и пациентом были отношениями двух взаимно согласных взрослых и не имели никакого отношения к лечебному процессу. Однако, как отмечают юристы, специализирующиеся в данной области, при наличии у истца квалифицированного адвоката, такая защита ответчика на основании согласия пациента вряд ли достижима, когда речи идет о психотерапевтическом лечении [40]. Истец может утверждать, что, вступая в сексуальные отношения с пациентом, выразившим на это согласие, врач, в ситуации психотерапевтического лечения, проявляет профессиональную небрежность, т.к. некомпетентно реагирует на развившиеся у пациента явления “переноса”. Зная об этом заранее, психотерапевт должен уметь отклонять их, а потому неадекватные действия врача в отношении “переноса” есть не что иное, как профессиональная небрежность. “Согласие [пациента] здесь имеет не большее значение, чем в случае, когда хирург оставляет скальпель в полости тела пациента” [41]. Существенными являются лишь два вопроса: (1) имел ли врач признаваемую законом обязанность лечить пациента в соответствии с принятыми стандартами; и (2) если да, запрещали ли эти стандарты сексуальные отношения между врачом и пациентом.

Дело *Zipkin v. Freeman* (1968) является, по-видимому, первым, где суд расценил неадекватное обра-

щение врача с развившимся у пациентки феноменом “переноса” как профессиональную небрежность. *Mrs. Zipkin* обратилась к *Dr. Freeman* по поводу упорных головных болей. В процессе психотерапевтического лечения головные боли исчезли, но у пациентки сформировались явления “переноса” в отношении *Dr. Freeman*. Она испытывала состояние влюбленности в своего доктора, а он своим поведением способствовал этому. Пациентка оставила своего мужа, вложила свои деньги в ферму *Dr. Freedman*, сопровождала его в поездках, купалась с ним в обнаженном виде и занималась сексом. В последующем она обратилась с иском к *Dr. Freeman*, утверждая, что лечение у ответчика принесло ей вред: она испытывает раскаяние, унижение, психические страдания, потеряла уважение друзей и семьи, у нее нарушился сон, появились головные боли, раздражительность и ей причинен финансовый ущерб. Суд решил, что *Dr. Freeman* проявил профессиональную небрежность, т.к. неадекватно реагировал на явления “переноса” своей пациентки. Суд указал, что такая профессиональная небрежность аналогична любой другой медицинской небрежности и что даже если бы поездки *Mrs. Zipkin* с *Dr. Freeman* происходили в сопровождении компаньонки, а во время совместных купаний на них были бы купальные костюмы, и вместо секса они бы занимались балльными танцами, имеющиеся данные свидетельствуют, что вред был бы причинен и в этом случае [42].

Darnaby v. Davis

Darnaby v. Davis (2002) представляет, с моей точки зрения, интерес, по крайней мере, в двух отношениях: (1) рассматривая это дело в 2002 г., апелляционный суд штата Оклахома систематизировал подходы американских судов к вопросу, является ли сексуальный контакт между врачом и пациентом признаком лечения, не отвечающего необходимым стандартам; (2) подробно рассмотрел вопрос, может ли врач, не являющийся психиатром или психотерапевтом, из-за своего непрофессионального обращения с психологическим феноменом “переноса” (результатом чего явилось установление сексуальной связи между врачом и пациенткой) быть признан ответственным за не соответствующее стандартам лечение.

В 1990 г. врач общей практики *Dr. Davis* (далее в тексте — Доктор) начал амбулаторное медикаментозное лечение *Mrs. Darnaby* (далее в тексте — Пациентка) в связи с наличием у нее тревоги, болей в области груди, пониженного настроения. В 1992 г., в связи с “осложнением психологических проблем” Пациентки, Доктор направил ее на консультацию к психиатру, который диагностировал у Пациентки посттравматическое стрессовое расстройство и расстройство в виде множественной личности (в тексте судебного решения нет информации о симптоматике и характере ле-

чения, отмечено лишь, что пациентка прекратила лечение у психиатра через 4 месяца).

Между тем Доктор, как это следует из его показаний в суде, продолжал лечить Пациентку по поводу “эмоциональных расстройств”. В мае 1995 г. Пациентка призналась Доктору в своей любви к нему. В дальнейшем они неоднократно целовались в офисе Доктора, а в августе 1995 г. Доктор, являясь в то время координатором лечения Пациентки, осуществляемого как им самим, так и другими врачами, дважды вступал с нею в сексуальную связь в своем офисе. В 1996 г. комитет по лицензированию штата Оклахома расследовал поведение Доктора и временно приостановил действие его лицензии, указав, что Доктор, находясь с Пациенткой в отношениях: врач-пациент, вступил с нею в сексуальную связь.

В 1997 г. Пациентка обратилась в суд с иском, в котором утверждалось, что действия Доктора в отношении нее являли собой профессиональную небрежность и оскорбление действием. Защищая себя в суде, Доктор утверждал, что его отношения с пациенткой ко времени установления сексуальных контактов были “личными”, а не “лечебными”, хотя и допускал, что между ними существовали также отношения: врач-пациент, т.к. Доктор действовал как координатор лечебного процесса Пациентки. Судья инструктировал присяжных, что они могут решить, что Доктор находился с Пациенткой в отношениях: врач-пациент, но “не лечил” ее. Жюри вынесло решение в пользу Доктора. Пациентка обжаловала судебное решение, указывая на неправомерность инструкции, данной судьей присяжным, и утверждая, что между терминами “лечение” и “отношения: врач-пациент” нет разницы.

Апелляционный суд штата Оклахома, рассматривавший дело в 2002 г., подробно проанализировал решения американских судов по данной категории дел. Суд начал с вопроса, является ли сам по себе секс между лицами, состоящими во взаимоотношениях: врач-пациент основанием для судебного преследования врача. “Сперва мы должны определить дает ли основания для судебного преследования в данном штате сексуальный контакт между врачом и его пациентом. Если такой контакт всегда дает основания для судебного преследования, мы должны будем заключить, что различие между существованием отношений: врач — пациент и лечением является искусственным и не имеет смысла, и решить в пользу истца. Другими словами, если сексуальный акт между двумя сторонами, находящимися в отношениях: врач-пациент, сам по себе, создает основания для иска, тогда следует, что не имеет значения, являлся сексуальный акт частью лечения или нет.

С другой стороны, если существование отношений: врач-пациент не оспаривается, как в данном случае, но сексуальный контакт между врачом и пациентом сам по себе не является основанием для судебного

преследования, тогда мы должны были бы заключить, что существует различие между отношениями: врач-пациент и лечением, и что выносивший решение суд поступил правильно, инструктировав жюри присяжных принять во внимание такое различие.

Вначале мы обращаем внимание на то, что мы не адресуемся вопросу сексуального контакта между медицинским профессионалом и пациентом с точки зрения профессиональной этики, она универсально осуждает такой контакт. Мы не адресуемся также и такому сексуальному контакту, который является уголовно-наказуемым. Наше исследование ограничено фактами данного дела — сексуальным контактом между врачом и его пациенткой, являющейся взрослой женщиной.

Далее, мы не рассматриваем медико-правовые вопросы, возникающие в процессе отношений: врач-пациент между психиатром, психологом, и другими специалистами, в области психического здоровья и пациентом. Эти случаи включают в себя феномен “переноса”. Многие суды признают в качестве основания для иска установление специалистом в области психического здоровья сексуальной связи с пациентом, т.к. такое поведение является доказательством непрофессионального обращения с феноменом “переноса”, и является общепризнанным риском в данной области. Подробное обсуждение этого вопроса см. *Simmons v. United States*, 805 F.2d 1363 (9th Cir. 1986). Как было отмечено позже, существование феномена “переноса” обычно не признается в ситуации не психотерапевтического или не психиатрического лечения.

В Оклахоме нет судебных дел, которые прямо адресуются вопросу, дает ли основание для иска сексуальный контакт между врачом и пациентом. Однако такой вопрос рассматривался в других юрисдикциях. Эти дела разделяются на три категории. Первая и самая большая категория лучше всего описывается как те дела, где суды решали, что в отсутствие доказательства, что врач использовал секс в качестве метода лечения, сам по себе факт сексуального контакта между врачом и пациентом не является основанием для иска. Вторая категория имеет дело с врачами, которые использовали секс как метод лечения. В таких случаях врач может быть признан ответственным за предоставление профессиональных услуг ниже установленного стандарта. Последняя категория дел представляет собой такие, где врач, не являющийся психиатром или психологом, становится настолько тесно связан с пациентом, что такой врач, фактически, принимает на себя роль психотерапевта и неправильно обращается с развивающимся феноменом “переноса” [43].

Что касается первой категории, то, анализируя *Simmons v. United States* (9th Cir. 1986), *Odegard v. Finne* (Minn. Ct. App. 1993), *Iwanski v. Gomes* (Neb. 2000) и ряд других дел, апелляционный суд штата Оклахома отметил: “... несмотря на существование отноше-

ний: врач-пациент сексуальная активность между врачом и пациентом, без чего-то большего, не является основанием для иска. Для того, чтобы была наложена ответственность, пациент должен доказать, что сексуальная активность преподносилась врачом как часть лечебного процесса и сочетание использования врачом секса, как лечебного метода в рамках отношений: врач-пациент, причинило вред пациенту” [44].

Относительно второй категории, суд ссылаясь на *Hoopes v. Hammargren* (Nev.1986), *Zipkin v. Freeman* (Mo. 1968), *Roy v. Hartogs* (1976), *Cotton v. Kambly* (1980), отметил, что когда секс преподносится врачом как составная часть назначенного пациентке лечения, это само по себе является нарушением профессиональных стандартов лечения, и суды “не видят причины делать различие между данным типом профессиональной небрежности и другими, такими, как неправильное назначение лекарств или небрежно выполненная хирургическая операция” [45]. Суд указал, что врач, побуждающий пациента к сексуальным отношениям с ним, “ответствен за профессиональную небрежность только тогда, когда врач вступил в сексуальную связь под предлогом, что это являлось необходимой частью лечения, за которым пациент к нему обратился” [46].

Последняя категория дел касается психотерапевтического лечения и феномена “переноса”. Как уже указывалось, психолог, психиатр или другой специалист в области психического здоровья часто становится объектом “переноса”. Неспособность адекватно обращаться с признанным психологическим явлением является основанием для иска в таких случаях, т.к. неиспользование техник противостояния “переносу” является проявлением непрофессионализма. Хотя “перенос” обычно не признается в качестве общемедицинской проблемы, имеются случаи, в которых врач, не являющийся психиатром или психологом, тем не менее, обеспечивал консультирование и эмоциональную поддержку в такой форме, что, в сущности, принимал на себя роль специалиста в области психического здоровья, но не управлял должным образом возникшим феноменом “переноса”. Суд в деле *McCracken v. Walls-Kaufman* (D.C. 1998) отметил: “Мы полагаем, что если медицинский профессионал, не практикующий в области психического здоровья, вступает с пациентом в отношения, основывающиеся на доверии и конфиденциальности, и предлагает этому пациенту консультирование по персональным вопросам, принимая таким образом на себя роль, подобную психиатру или психологу, такой профессионал должен быть связан теми же стандартами, что и психиатр или психолог в подобной ситуации” [47]. В уже упоминавшемся деле *Simmons v. United States*, суд указал: “Решающее обстоятельство в отношениях: психотерапевт-пациент, которое приводит к наложению правовой ответственности за поведение, эксплуатирующее пациента, по-видимому, не более, чем

сексуальная связь адвоката и клиента, священника и прихожанина, или гинеколога и пациента, заключается в том, что адвокат, священник или гинеколог не предлагают лечение и консультирование, основанное на умении обращаться с феноменом “переноса” [48].

“Имевшиеся у суда доказательства свидетельствовали, что, несмотря на то, что Доктор направлял Пациентку к психиатру для лечения ее эмоциональных и психологических проблем, и, несмотря на его постоянное поощрение Пациентки продолжать лечение у специалиста в области психического здоровья, жюри могло решить, что принятая Доктором роль “наперсника”, “друга”, и “резонатора” была такого свойства, что Пациентка могла общаться с Доктором не только как со специалистом, оказывающим медицинскую помощь, но также и как с психотерапевтом. Такая возможность признавалась Доктором, когда он свидетельствовал в суде, что в марте 1992 г. он обсуждал концепцию “переноса” с Пациенткой и знал, что ему следовало прекратить отношения: врач-пациент, но решил не делать этого... Если врач, не практикующий в области психотерапии, фактически принимает на себя роль психотерапевта, но при этом непрофессионально обращается с феноменом “переноса”, следствием чего является сексуальный контакт этого врача с его пациенткой, такой контакт может рассматриваться как предоставление некачественной медицинской помощи и влечет собой ответственность” [49]. Указав, что инструкции жюри, данные судом первой инстанции, были слишком неопределенны и не объясняли, что сексуальный контакт, являющийся частью лечения, делает Доктора ответственным, а также не адресовались вопросу, принял ли Доктор на себя роль психотерапевта, способствовал, таким образом, появлению у Пациентки феномена “переноса”, которым Доктор должным образом не управлял, а потому предоставлял Пациентке не соответствующее стандартам лечение, апелляционный суд отменил решение суда первой инстанции и направил дело на новое рассмотрение [50].

Что касается этической стороны сексуального контакта между психиатром и пациентом, то в последнем на сегодняшний день издании (2006 г.) принятых Американской психиатрической ассоциацией Принципов медицинской этики с аннотациями, в особенности применимыми к психиатрии (*The Principles of Medical Ethics With Annotations Especially Applicable to Psychiatry*, 2006 Edition), в комментарии 1 к секции 2 читаем: “Требование, чтобы врач соблюдал правила поведения и морали в своей профессиональной деятельности и повседневной жизни особенно важно в случае психиатра, т.к. пациент склонен, посредством идентификации, моделировать свое поведение, используя своего врача в качестве образца. Более того, необходимая требуемая в процессе лечения интенсивность отношений [между психиатром и пациентом] может активизировать сексуальные и другие

потребности и фантазии обоих: и пациента, и психиатра, ослабляя чувство реальности, необходимое для контроля. К тому же неравенство, внутренне присутствующее отношениям между врачом и пациентом может вести к эксплуатации пациента. Сексуальные отношения с настоящим или бывшим пациентом являются неэтичными” [51].

Признательность

Я благодарен Dr. Richard A. Ratner — клиническому профессору психиатрии и поведенческих наук в медицинской школе университета Джорджа Вашингтона и адъюнкт профессору в Национальном центре права Джорджтаунского университета, Вашингтон, округ Колумбия США, за консультации в процессе написания статьи.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Reisner R., Slobogin C., Rai A.* Law and the Mental Health System. 3rd ed. Wes Group. St. P. Minn. 1999, at 131.
2. *Keeton W. P., Dobbs D. B., Keeton R. E.* et al (editors): Prosser and Keeton on Torts (ed.5). St. Paul, MN:West Publishing Co., 1984. Цит. по Gold L, Davidson J: Do You Understand Your Risk? Liability and Third-Party Evaluations in Civil Litigation. J Am Acad Psychiatry Law 35:200 – 210, 2007.
3. *Slovenko R.* Psychiatry in Law / Law in Psychiatry. New York: Brunner & Routledge, 2002, p. 623.
4. 70 CJS Physicians and Surgeons, 41 (1967). Цит. по Simon R: Concise Guide to Psychiatry and Law for Clinicians. Third Ed. American Psychiatric Publishing Inc.: Washington DC London England, 2001, at 5 – 6.
5. *Knoll J., Gerbasi J.* Psychiatric Malpractice Case Analysis: Striving For Objectivity. J. Am. Psychiatry Law 34: 215 – 223, 2007.
6. Ibid, at 217.
7. Ibid, at 216.
8. Ibid.
9. Ibid. at 219.
10. Merriam-Webster’s Dictionary of Law: Merriam-Webster Inc: Springfield, Massachusetts, 1996, at 68.
11. Ibid, at 69.
12. *Emanuel S.* Torts (ed 30).Larchmont, NY: Emanuel Law Outlines, 1988. Цит. по Knoll J., Gerbasi J. Psychiatric Malpractice..., at 219.
13. Merriam-Webster’s Dictionary of Law... at 69.
14. *Palsgraf v. Long Island Railroad*, 248 N. Y. 339, 162 N.E. 99 (1928).
15. *Weathers v. Pilkinton* Court of Appeals of Tennessee, 1988. 754 S.W.2d 75. Цит. по Reisner R., Slobogin C., Rai A.: Law and the Mental Health System. 3rd ed. Wes Group. St. P. Minn. 1999, at 166 – 170.
16. Ibid, 167 – 168.
17. Ibid., 169 – 170.
18. *Reisner R., Slobogin C., Rai A.* Law and the Mental Health System... at 171.
19. *Muse v. Charter Hospital of Wiston-Salem Inc.* Court of Appeals of North Carolina 1995. 117 N. C App. 468, 452 S. E.2d 589. Цит. по
20. *Reisner R., Slobogin C., Rai A.*: Law and the Mental Health System... 1999, at 232.
21. *Williamson v. Liptzin* 2000 N. C. App. LEXIS 1276 (N. C. Ct. App. Dec. 19, 2000).
22. *Hausman K.* Jury Faults Psychiatrist For Murder By Ex-Patient. Psychiatric News, November 6, 1998.
23. Ibid.
24. *Gianelli D.* Doctor blamed for patient’s killing spree. American Medical News, November 2, 1998.
25. *Williamson v Liptzin* 141 NC App1 (99 – 813) 12 – 19 – 2000.
26. Ibid.
27. *Herbert P.* Williamson v. Liptzin appeal. Issues of liability for a patient’s unexpected act of violence. AAPL Newsletter, April 2001, Vol. 26, No. 2, pp. 13 – 17.
28. *Reisner R., Slobogin C., Rai A.* Law and the Mental Health System... at 136.
29. Ibid., at 147.
30. *Chumbler v. McClure*, 505 F 2d 489, 492, (6th Cir.1974) Цит. по Reisner R., Slobogin C., Rai A.: Law and the Mental Health System...at 147 – 148.
31. *Reisner R., Slobogin C., Rai A.* Law and the Mental Health System... at 148 – 153.
32. *Klerman G.* The Psychiatric Patient’s Right to Effective Treatment: Implications of Osheroff vs. Chestnut Lodge. Am J Psychiatry 147: 409 – 418, 1990.
33. *St. Paul Fire & Marine Ins. Co. v. Love*, 459 N. W.2d 698, 700 (Minn.1990), (цитируя S. Waldron-Skinner, A Dictionary of Psychotherapy 364 (1986)).
34. Ibid.
35. *Simon R.* Concise Guide to Psychiatry and Law for Clinicians. Third Ed. American Psychiatric Publishing Inc.: Washington DC London England, 2001, at 233.
36. *Freud S.* Observations on transference-love (1914), in The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud, Vol 2, Translated and edited by Strachey J. London, Hogarth Press, 1968, at 160 – 161.
37. *Simon R.* Concise Guide to Psychiatry and Law... at 234.
38. *Simon R.* Bad Men Do What Good Men Dream. American Psychiatric Press, Inc: Washington DC, London, England, 1996, at 125.
39. *Pope K., Keith-Spiegel P., Tabachnik B.* Sexual attraction to clients. Am Psychol 41:147 – 158, 1986.
40. *Schwartz H.* Sexual Abuse of Patients by Health Care Professionals. www.stanford.edu/group/psylawseminar/Sex.htm ttp:// www.stanford.edu/group/psylawseminar/Sex.htm, доступ 25 июля 2007
41. Ibid.
42. *Zipkin v. Freeman* (Mo. 1968) 436 S.W.2d 753, 755.
43. *Darnaby v. Davis* 2002 OK CIV APP 103, 57 P. 3d 100.
44. Ibid.
45. Ibid.
46. Ibid.
47. *McCracken v. Walls-Kaufman* 717 A.2d 346, 352 – 53 (D.C. 1998).
48. *Simmons v. United States*, 805 F.2d 1363 ttp:// www.oscn.net/applications/oscn/deliverdocument.asp?cite=805+ %20F.2d+1363 (9th Cir. 1986).
49. *Darnaby v. Davis...*
50. Ibid.
51. American Psychiatric Association: The Principles of Medical Ethics With Annotations Especially Applicable to Psychiatry, 2006 Edition, Sec. 2, Comm. I http://www.psych.org/psych_pract/ethics/ppaethics.cfm, доступ 23 июля 2007.

Стратегические уровни социальной наркологии

Т. Н. Дудко¹

Социальные, экономические, демографические и прочие факторы являются причиной или оказывают непосредственное влияние на возникновение целого спектра заболеваний, к которым относятся алкоголизм, наркомания, токсикомания, игромания и прочее.

Постановлением Правительства РФ от 01.12.2004 № 715 психические расстройства и расстройства поведения, связанные (вызванные) с употреблением психоактивных веществ (алкоголизм, наркомания, токсикомания), входят в перечень социально значимых заболеваний. Предупреждение и борьба с указанными заболеваниями является одной из приоритетных задач отечественного здравоохранения.

По мнению А. В. Немцова (2003), около трети всех смертей в России “в большей или в меньшей степени связаны с алкоголем”, что составляет не менее 500 тысяч граждан ежегодно. Естественно, этот печальный показатель будет значительно выше, если учесть смертность, обусловленную злоупотреблением наркотиками. Совершенно очевидно, что распространенность наркологических заболеваний и их влияние на здоровье населения нашей страны, общую смертность, криминогенность общества и его культуру представляют реальную угрозу физическому, психическому и духовному здоровью граждан Государства Российского. Приходится констатировать, что развитая цивилизация ни в коей мере не защищает общество от разложения и уничтожения, на страже человека стоит культура с ее высокими этическими принципами и традициями.

Наркология, как научная отрасль знаний, изначально социальна по своей сути, поскольку все психоактивные вещества (ПАВ), вызывающие у человека патологическую зависимость, и негативные последствия такой зависимости и интоксикации, являются продуктом деятельности социума. В частности, в современном мире производство ПАВ непосредственно связано с работой многих государственных ведомств, коммерческих или частных структур. Прежде всего — это ликероводочные заводы, табачные и фармакологические фабрики, производящие ПАВ (алкоголь, табак, наркотические анальгетики, транквилизаторы, антидепрессанты и пр.), а также система реализации такого рода продукции. Можно также особо выделить производство и распространение ПАВ криминальными структурами общества.

Вместе с тем, несмотря на очевидную социальную обусловленность наркологических заболеваний и достоверно установленное негативное влияние ПАВ и наркологических болезней на социальную среду, до настоящего времени мы не имеем единого

мнения о предмете социальной наркологии, ее месте в системе научных дисциплин и направлений. Как правило, она рассматривается в структуре социальной психиатрии, что, по нашему мнению, в корне не правильно. Во-первых, предмет их исследований имеет существенные различия и не только в социальном, нозологическом, но и в этиологическом и патогенетическом аспектах. Во-вторых, такой подход ни в коей мере не способствует развитию социальной наркологии и социальной психиатрии и, следовательно, не позволяет получить социально значимый практический результат.

Совершенно очевидно, что предмет социальной наркологии не может ограничиваться вопросами медико-социальной реабилитации и социальной поддержки наркологических больных, поскольку общая болезненность и заболеваемость, смертность, криминогенность общества также в значительной степени связаны с ПАВ. Кроме того, промышленное производство и продажа многих ПАВ — алкоголь, транквилизаторы, некоторые снотворные средства, сигареты и пр., — самым непосредственным способом влияют на бюджет многих государств и, естественно, определяют их отношение к наркологическим проблемам, диктуя “свои социальные приоритеты”.

Исходя из изложенных концептуальных предпосылок, мы полагаем, что социальная наркология, взаимодействуя с общественными науками и используя их знания о человеке и его естественную зависимость от общества, находится в нескольких взаимосвязанных уровнях: медико-социальном эпидемиологическом, научном/философском и социально-практическом. В результате такого подхода обеспечивается достоверность исследований, научное осмысление полученных результатов и практические выходы. Каждый из обозначенных уровней имеет свою автономную цель и задачи.

Медико-социальный эпидемиологический уровень. Цель — совершенствовать качество, достоверность, информативность и сопоставимость базы эпидемиологических данных о наркологической ситуации в стране, включая эпидемиологию наркологических заболеваний, производство и реализацию в стране легальных ПАВ и предполагаемый объем насыщения рынка ПАВ криминальными структурами.

Задачи:

- исследовать распространенность наркологических заболеваний и насыщенность рынка ПАВ;
- изучить влияние микро- и макросоциальных факторов, в том числе экологических, культурологических и профессиональных, на наркологическое здоровье населения;
- изучить влияние ПАВ и наркологических заболеваний на общую болезненность, заболеваемость и смертность;

¹ Д.м.н., директор Института реабилитации НИЦН Росздрава.

- изучить влияние медико-социальных наркологических проблем на воспроизводство здорового поколения;
- изучить роли социальных (традиции, обычаи, верования) и политических факторов в развитии аддиктивных и, в частности, наркологических заболеваний;
- оценить экономический и нравственный ущерб, наносимый обществу наркологическими заболеваниями и тотальной распространенностью ПАВ.

Научный/философский уровень. Цель — осмыслить социальный феномен аддиктивных/наркологических проблем с позиций научной наркологии, этики и эстетики жизни, духовности, религии и философии.

Задачи:

- исследовать феномен наркологических проблем с социологических и философских позиций;
- исследовать наркологическую политику государства, заинтересованных ведомств, организаций и конфессий, вовлеченных в наркологическую проблему;
- исследовать уровень притязаний социальных институтов и конфессий на осмысление проблем наркологической ситуации в обществе и их внедрение в осуществление реабилитационной помощи больным с аддиктивными расстройствами и, в частности, с наркологическими заболеваниями.

Социально-практической уровень. Цель — улучшить наркологическую ситуацию в стране.

Задачи:

- разработать и внедрить комплекс медико-социальных технологий и программ профилактики наркологических заболеваний, соматических расстройств и ВИЧ-инфекции, обусловленных распространенностью и потреблением ПАВ;
- добиться снижения уровня потребления алкоголя, сигарет и других ПАВ в стране;
- создать систему социальной поддержки наркологических больных;
- обеспечить доступность всех видов наркологической помощи, обратив особое внимание на решение проблем медико-социальной реабилитации;
- совершенствовать законодательную и нормативную базы в области наркологии;
- обеспечить на законодательном уровне равенство между наркологическими, психическими и соматическими больными во всех существующих медицинских и социальных сферах жизни;
- разработать эффективные меры нейтрализации социальных (традиции, обычаи, верования), экологических и политических факторов, влияющих на рост заболеваемости и болезненности наркологических болезней;
- создать систему охраны наркологического здоровья населения;
- создать систему координации деятельности наркологической службы во взаимосвязи с заинтересованными ведомствами и организациями.

Следует особо отметить, что ошибочные политические решения самым негативным образом сказываются на потреблении алкоголя и наркотиков. В частности, Постановление Правительства от 06.05.05 г. № 231, увеличившее допустимые дозы хранения нар-

котиков, не подпадающие под уголовную ответственность, привело в городе Москве к **росту смертности от передозировки наркотиков в два раза и увеличению больных наркоманией в 10 раз** (А. П. Сельцовский, Е. А. Брюн, 2006). Бесконтрольная или недостаточно сбалансированная продажа алкогольных напитков среди малых народностей северо-восточных регионов страны привела к угрожающему **сокращению численности местного населения и его вымиранию** (Г. Ф. Колотилин, И. П. Логинов и др., 2006).

Методы социальной наркологии: клинико-психопатологический, эпидемиологический, социологический (социометрия — оценочные шкалы, опросники, интервью, медицинская документация и пр.), статистический, экспертной оценки.

Таким образом, социальная наркология является разделом наркологии, имеющим свой предмет деятельности, цели, задачи, методологию. Ее развитие непосредственно связано с наркологией, психиатрией, социальной медициной, социологией и юриспруденцией. Непосредственная реализация научно обоснованных предложений социальной наркологии во многом зависит от государственных структур, общественных организаций и конфессий, обеспокоенных социальными наркологическими проблемами и здоровьем народа.

Предложения к резолюции XII съезда НПА России

- 1. Привести реабилитационную деятельность наркологической службы в соответствие с Федеральными стандартами и приказами.
- 2. Создать единую систему отчетности и контроля работы наркологических реабилитационных учреждений.
- 3. Создать методику оценки эффективности деятельности наркологических реабилитационных учреждений и осуществлять мониторинг качества.
- 4. Укомплектовать наркологические реабилитационные структуры клиническими психологами, психотерапевтами, социальными работниками.
- 5. Создать стандарты наркологических кабинетов, отделений, реабилитационных отделений и центров, улучшить материальную базу реабилитационных ЛПУ.
- 6. Создать постоянно действующую систему обучения и повышения квалификации специалистов в области реабилитации наркологических больных.
- 7. Обеспечить организации, занимающихся реабилитационной деятельностью, адекватной нормативно-правовой базой.
- 8. Разработать подходы к повышению мотивации на создание развитой реабилитационной инфраструктуры на местах, обратив особое внимание на развитие амбулаторного реабилитационного звена.
- 9. Способствовать взаимодействию всех звеньев реабилитационной инфраструктуры — государственных, коммерческих, профессиональных, общественных.

КЛИНИЧЕСКИЕ РАЗБОРЫ

Атипичный психоз

Семинар ведет А. Ю. Магалиф (15 марта 2007 г.)
Врач-докладчик Н. С. Крысанова

Уважаемые коллеги, вашему вниманию представляется больная П. 1985 года рождения, поступившая повторно в больницу № 3 им. В. А. Гиляровского 30 января 2007 года.

Анамнез. Психопатологическая наследственность не установлена. Мать — заведующая детским садом. Спокойная, мягкая, отзывчивая, общительная. Отец — военнослужащий. Строгий, суровый, волевой, в воспитательных целях применял физические наказания. Сестра на 6 лет старше больной, отношения с ней формальные. Больная родилась от второй беременности в положенный срок, развивалась правильно, вовремя начала ходить, говорить. Росла спокойным ребенком. В детский сад пошла с 3-х лет. Была очень общительной, любила подвижные игры. Серьезными болезнями не болела. В школе училась с 6 лет. Перед поступлением в школу уже хорошо читала, считала до 10. В начальных классах училась с удовольствием, легко, в основном на “отлично”. Посещала уроки бальных танцев. По характеру все время была шустрой и бойкой, очень общительной, имела много друзей и знакомых. При этом была очень откровенной с матерью. Участвовала в разных спортивных секциях: по легкой атлетике, плаванию, лыжам. В 13 лет появились менструации. С этого времени успеваемость снизилась. Пропал интерес к учебе. Хорошие и отличные оценки получала только на уроках физкультуры, рисования и музыки. Стала много времени проводить во дворе с друзьями. Тогда впервые попробовала курить сигареты, эпизодически употребляла пиво. По этому поводу часто ссорилась с родителями. Также впервые курила коноплю. Тогда курила редко — один раз в три-четыре месяца. После приема было лишь ощущение легкости и спокойствия. А так как хотелось “чего-то новенького, необычного”, тянуло попробовать все. С 14 лет курит сигареты постоянно. В 15 лет начала курить гашиш. “Ничего сверхъестественного не произошло”, поэтому быстро от него отказалась. В поисках новых ощущений в 16 лет попробовала однократно 1 таблетку феназепама, но кроме потери памяти на двое суток, это ничего не принесло, поэтому также отказалась от него и начала употреблять наркотики. Стала импульсивна, груба. Доверительные отношения с матерью превратились в формальные. Со средними результатами закончила

9 классов и поступила в медицинский колледж, т.к. о медицинской специальности больная мечтала с детства. Через 3 месяца ее отчислили за неуспеваемость, прогулы и грубость с преподавателями. После этого около месяца была подавлена, много плакала, практически не выходила из дома, ни с кем не общалась. Стали выпадать волосы, обратилась в кожный диспансер, где были назначены успокоительные препараты. Волосы выпадать перестали. В этот же год поступила в школу с профессионально — техническим обучением, где получила специальность секретаря-референта. Училась формально, без интереса, с горем пополам закончила 11 классов. В 17 лет поступила в экономико-промышленный техникум на специальность менеджера промышленных товаров. Училась без интереса, также много прогуливала занятия, объясняя это тем, что пошла туда учиться только для того, чтобы не обижать родителей. Через полгода ее отчислили, но была восстановлена на платное обучение. Через 2,5 года закончила техникум. Снова много времени проводила на улице, часто употребляла спиртные напитки, неоднократно сильно напивалась. Пробовала принимать амфетамин. Это приносило огромный заряд энергии на 6 – 8 часов. Употребление было не регулярным: принимала ежедневно 3 – 4 дня, после чего наступал перерыв на 1 – 3 месяца. В 18 лет познакомилась с молодым человеком, Леонидом, нигде не работающим, наркоманом. Сразу же поселилась у него. С ним попробовала синтетические наркотики (“ДОП” и “ДОН”). Прием этих веществ вносил в “серый мир” разнообразие, краски. Под действием этих веществ могла видеть людей насквозь, “всю их подноготную”. На следующий день после приема кроме болезненности в эпигастральной области, которая снималась йогуртом или ряженкой, чувства разбитости и усталости, которые проходили после полноценного сна, никаких дискомфортных ощущений не было. Эти наркотики принимала несколько дней подряд. Потом наступал перерыв на 2 – 3 месяца. По мнению матери с этого момента в поведении больной появились странности: дочь часто была в повышенном настроении, многоречива, выражение глаз как у пьяной, но запаха алкоголя никогда не было. Следов инъекций мать не находила, хотя многократно очень тщательно осматривала ее. В этот период нигде не ра-

ботала, ничем не занималась. Отношения с Леонидом в основном были конфликтными. Во время частых ссор больная возвращалась к родителям. Время проводила на улице, злоупотребляла спиртными напитками. В состоянии алкогольного опьянения становилась злобной, агрессивной, пыталась ударить кого-нибудь. Родители настояли на консультации нарколога. Пригласили на дом доктора и в ноябре 2005 года (больной 20 лет) в качестве “кодирования” был парентерально введен препарат. Спустя полтора месяца возобновила употребление спиртных напитков. В октябре и ноябре дважды брала кредиты по 50 и 60 тысяч рублей. Деньги тратила на дорогую одежду, белье, многочисленные безделушки, сувениры, Большую сумму одолжила Леониду. В конце 2005 года, после смерти матери Леонида состояние больной резко изменилось: стала подавленной, заторможенной, много плакала, не выходила из дома, отказывалась от еды, похудела за один месяц на 9 кг. Отношения с Леонидом стали еще более конфликтными, и больная вернулась домой. В январе 2006 года у нее была установлена беременность сроком 8 недель. Больная восприняла это равнодушно. В том же месяце беременность закончилась самопроизвольным выкидышем. Дома была замкнута, заторможена, много рисовала, читала мистическую литературу. В общей сложности это состояние длилось около 4 месяцев. Попробовала несколько раз LSD. Под его воздействием стала слышать голоса людей, которые находились на большом расстоянии от нее — “2 – 3 километра”. Слышала, как люди говорили о ней, осуждали ее за то, что она связалась с наркотиками, а некоторые завидовали ей, так как она “свободна”. В марте 2006 года стала тревожной, подозрительной, вела себя неадекватно: до 10 – 15 раз в день принимала душ. Объясняла это тем, что “должна смыть грехи”, постоянно что-то мыла, стирала, разговаривала сама с собой. Перестала выходить на улицу, могла до 3 суток не спать. В конце марта 2006 года в частном порядке была консультирована психиатром. Были назначены рisperoлепт, анафранил. Нормализовался сон, стала более последовательна, упорядочена. Однако вновь начала много времени проводить на улице, активно принимала спиртные напитки, прекратила поддерживающую терапию. Появились подозрительность, тревога, стала разговаривать сама с собой, испытывала страх, чувствовала, что якобы в комнате находятся “духи”, слышала их голоса, которые говорили о ней, давали советы. Вновь на дому была консультирована психиатром и по его рекомендации стационарирована в ПБ № 3, где находилась с 27.04.2006 г. по 07.06.2006 г. На момент поступления настроение было снижено, была груба, развязна, без чувства дистанции. Психотической симптоматики выявлено не было. Не было установлено и употребление наркотиков. Лечение проводилось как больной с алкогольной зависимостью: дезинтоксикация, общеукрепляющие, седативные. Тогда же было проведено

патопсихологическое обследование. По заключению психолога 05.05.2006г. на первый план выступали специфические процессуальные нарушения мышления: разноплановость, искажение уровня обобщения, соскальзывания. Кроме того, наблюдались черты, характерные для изменения личности по алкогольному типу: алкогольная заинтересованность, тенденция к экономии усилий. В ходе лечения больная стала спокойна, упорядочена, настроение выровнялось, и в июне 2006 года с диагнозом: “Алкогольная зависимость, начальная стадия, систематическое употребление. Кратковременная депрессивная реакция, обусловленная расстройством адаптации”, больная была выписана домой.

Спустя 3 дня после выписки возобновила употребление алкоголя. Выпивала ежедневно около 2,0 литров пива в течение 5 дней. Якобы пробовала опиум. После его приема слышала голоса “духов”, ощущала их присутствие. Трижды пробовала героин, но “не понравилось”.

По настоянию матери устроилась на работу продавцом-консультантом в магазин “Арбат Престиж”, где проработала около месяца. Уволилась для поиска более оплачиваемой работы. Периодически принимала спиртные напитки. Однажды в состоянии алкогольного опьянения нанесла несколько ножевых ранений своему знакомому, с которым выпивала. После этого, боясь преследования со стороны пострадавшего, не выходила из дома около 3 недель. В сентябре 2006 года вновь была “закодирована”. С того времени алкоголь не употребляла, но, со слов матери, стала активно курить гашиш. В конце декабря 2006 года мать застала ее за курением марихуаны и устроила скандал. Больная выкинула наркотик в мусорное ведро. 3 января 2007 года состояние больной резко изменилось: стала подозрительной, тревожной, испытывала беспричинный страх. До 10 – 12 раз в день принимала душ, постоянно стирала, очень долго и тщательно убирала в квартире, и подъезде. Круглосуточно жгла свечи, много плакала, громко кричала, что у нее болит душа. Сообщила, что ее “Я” разделено на несколько частей. В частном порядке обратилась к психиатру. Вновь были назначены рisperoлепт и анафранил с незначительной положительной динамикой состояния. За несколько дней до госпитализации усилились страх, тревога, подозрительность. По состоянию была стационарирована в ПБ № 3.

Соматический статус. Среднего роста. Удовлетворительного питания. Кожные покровы обычной окраски, влажности, чистые. На правом плече, правой лодыжке, на поясице многочисленные татуировки. Отеков нет. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные. АД = 120/80 мм.рт.ст. ЧСС — 70 уд/мин. Живот мягкий, безболезненный при пальпации.

Неврологический статус. Жалоб не предъявляет. В сознании, выполняет инструкции. Головные боли,

головокружения отрицает. Менингеальных знаков нет. Зрачки равновеликие с живой реакцией на свет. Нистагма не выявлено. Лицевая иннервация в норме. В позе Ромберга устойчива. Сухожильные рефлексы в норме, патологических знаков не выявлено.

Заключение ЭЭГ от 05.05.2006 г. Признаки умеренной дисфункции срединно-стволовых образований мозга. Неотчетливая межполушарная асимметрия.

Ведущий: *Она ощущала “духов” только на фоне действия опиума?* — Она под действием опиума первый раз стала ощущать “духов”. — *Как она принимала опиум?* — Жевала. После этого она уже независимо от приема опиума могла ощущать “духов” в комнате и в других местах. Она сама говорит, что потребление наркотиков открыло ей другой мир, и теперь она может в него погружаться уже без приема этих веществ.

Психический статус. Правильно ориентирована. На беседу согласилась неохотно. В кабинет вошла неуверенно, оглядываясь по сторонам. В начале беседы сидит с закрытыми глазами, руками имитирует игру в мяч, жонглирует невидимыми предметами. Внешне спокойна. Безразлична, гипомимична. Считает, что “все люди на Земле — марсиане”, что “скоро все улетят на Венеру”. Сообщает, что телепатически общается с окружающими людьми, что часто через теле — и радиопередачи узнает ответы на интересующие ее вопросы, что в голове слышит свои громко звучащие мысли — “возьми сигарету, включи телевизор”, мысленно спорит с ними. Ощущает, что ее “Я” разделено на множество других “Я”: “Я” — мать, “Я” — дочь, “Я” — сестра, “Я” — подруга, “Я” — любовница и пр. Считает, что в кабинете кроме нее и доктора присутствуют духи умерших, и что она “их чувствует нутром”. Рассказала, что дома часто ощущала негативную энергию от разных предметов, поэтому выкидывала их. Сообщила, что уже несколько лет принимает различные наркотические вещества — ЛСД, героин, “скорости”, гашиш. Утверждает, что под их действием проходят страх и тревога, которые мучают ее последнее время. “Ломку” после прекращения приема наркотиков отрицает. Во время беседы о наркотических веществах оживляется, шутит, улыбается, речь становится более последовательной. Утверждает, что последние полтора месяца не принимает никаких наркотических веществ. Критики к болезни нет. Временами нелепа, вычурна. Мышление с элементами скальзывания, разорванности, паралогичности. Дала письменное согласие на лечение, так как “надо лечить левых, а это можно сделать только здесь”. На просьбу объяснить поподробнее, ответила: “Сами все скоро узнаете”, резко встала и без разрешения вышла из кабинета.

Было назначено лечение rispoleptom по 6 мг в сутки и феназепамом на ночь по 1 мг. В связи с отсутствием сна феназепам был заменен азалептином в дозе 25 мг. Сон восстановился, но был неустойчив.

В отделении много рисует, стремится к контакту с врачом, с персоналом, показывает свои рисунки, многогоречно и красочно рассказывает о своих переживаниях. В поведении неестественна, импульсивна, вычурна, нелепа, оголяется, просит доктора дать ей героин или ЛСД. Выкидывает свои вещи. В дальнейшем рассказала, что ее тело и она сама разделены на две половины, которые борются друг с другом: в правой половине — она сама, а в левой — в основном ее подруга Аня, а также ее мама, ее сестра и еще очень много людей. Сообщила, что часто левая половина берет верх над правой, ведет ее курить, пить или смотреть телевизор. В отделении однажды ночью обмочилась в постели. Объяснила, что это не она, а Аня. “Правые” сильнее и когда-нибудь они победят, а сейчас она постоянно должна доказывать свою силу. Для этого однажды больная затушила сигарету о левую руку. Временами завязывает левый глаз полотенцем, пытается привязать левую руку к телу. Не объясняет это, говорит, что “так надо”. Рассказала, что иногда они заключают перемирие с Аней. Информацию о левой половине она получает либо через телевизионные передачи, либо мысленно общается с Аней. Сообщила, что она шестой сын Будды, что среди всех его сыновей она главная, что на нее возложена миссия спасти мир от зла, и что она обладает способностью лечить людей на расстоянии. Настойчиво убеждает врача, что у нее есть астральная семья, в которой она выполняет то роль мужа, то жены. С помощью выхода в “астрал” она должна избавить людей от нелюдей, которые похожи на летучих мышей. Сообщила, что по долгу своей миссии она неоднократно была на других планетах, на Марсе, Венере и многих других, название которых она не вправе называть, что часто путешествует в будущее и иногда берет с собой некоторых соседей по палате. Рассказала, что может слышать мысли людей, и лишь некоторые избранные, которые принадлежат к семье Будды, могут читать ее мысли. Со своей астральной семьей она общается телепатически. Одну соседку по палате считает своей сестрой, которая может принимать различные облики. Лекарства принимает без возражений, мотивируя тем, что таблетки должны ей помочь, но от чего не объясняет. Рассказывает о своих переживаниях спокойно, монотонно. Относится к ним без критики.

Больная была осмотрена на клиническом семинаре. Во время беседы сидела неподвижно, лицо было гипомимично. На вопросы отвечала охотно, иногда многозначительно. Сообщила, что в отделении она находится в центре всеобщего внимания, что вокруг нее идет некая игра, смысл которой ей неизвестен. Неожиданно достала из кармана изящно сделанный ею из конфетных оберток разноцветный браслет, подарила его врачу. Сказала, что цвета имеют особый смысл, что по ним она узнает отношение к себе окружающих. Больные специально для нее одеваются в одежду соответствующего цвета. Сообщила, что не-

однократно бывает в космосе — астрале, наблюдает там яркие картины. Для полетов использует свою кровать, потому что она плоская.

15.02.2007 г. была изменена терапия, назначен галоперидол по 5 мг. 3 раза в день внутримышечно, циклодол по 2 мг 3 раза в день, азалептин по 25 мг на ночь. На фоне этой терапии больная стала спокойна, упорядочена, редуцировались кататонические включения, бредовых идей активно не высказывала, адекватно общалась с соседями по палате, включалась в трудовые процессы. О бывших болезненных переживаниях говорила неохотно. Сказала лишь, что “две половины стали жить в мире и согласии”. Затем на фоне той же терапии состояние снова ухудшилось: нарушился сон, спит с многочисленными пробуждениями, в ночь с 26 на 27 не спала совсем. Много курит. Стала раздражительной, вновь ссорится с матерью на свиданиях, говорит о тяге к наркотикам. Заявила, что сразу же после выписки из больницы обязательно “уколет-ся” и покурит “траву”, просит мать принести в отделение наркотики. Были добавлены этаперазин по 4 мг 3 раза в сутки, неупелпил по 5 мг 3 раза в сутки, алпразолам по 2 мг на ночь. Продолжала говорить, что она — сын Будды, что может читать мысли людей, а они — ее, что она может путешествовать на другие планеты, и все другие люди вместе с ней. Продолжает общаться со своей астральной семьей, но сожалеет, что реже, чем раньше. Идеи о “разделенности тела и души на две половины” потеряли свою актуальность. Во время беседы на эту тему, тяжело вздыхает, объясняет, что “с этим надо смириться, ведь это на всю жизнь”. Вскоре настроение резко повысилось. Стала многоречивой, десятилетней, чрезмерно общительной без чувства дистанции, смешливой, дурашливой, прыгает на одной ноге, часто громко смеется. К своему состоянию не критична, но называет себя больной наркоманией и благодарит доктора за то, что она так долго продержалась без наркотиков.

Ведуций. — Как она себя сейчас ведет в отделении? — Общается с другими больными, очень импульсивна, много курит. — Она другим больным рассказывает о своих фантазиях? — Она рассказывает им о наркотических веществах, об алкоголе. — Она их не обращает в свою веру, может быть, пророчествует? — Нет. — А поведение какое? — Мотается из угла в угол, иногда сидит в коридоре, смотрит телепередачи, много курит, клянчит у больных окурки, потому что у нас разрешается не больше шести сигарет в день. Первые две недели, как мы начали колоть галоперидол, она читала книги, была аккуратна, заправляла постель. — Какие книги читала? — Любовные романы. — И дочитывала их до конца? — Начинала, читала до середины. Читала рассказы Паустовского, ей очень понравилось. — Внешне она опрятная, а в отделении тоже? — Да. Сейчас она опрятна, следит за собой, причесывается. Но раньше она помогала нашему персоналу, ухаживала за ослабленными больны-

ми. Сейчас отказывается. — *Аппетит нормальный?* — Нормальный. — *А что говорят ее родственники, когда с Вами общаются?* — Полторы недели назад мама говорила: “Какая хорошая у меня дочка, когда Вы ее выпишите?”. Буквально вчера она с ней виделась и сказала: “Что-то стало плохо ей, попросила принести наркотики”. — *Но она ей не высказывала бредовые идеи?* — Нет. — *Мама не знает о них?* — Мама знает. Когда больная только поступила к нам, она говорила и персоналу, и маме, что она — сын бога, что у нее миссия. А сейчас, после смены терапии она это не высказывает.

Психолог М. Ю. Цветков. Обследуемая ориентирована полностью, контакту доступна. Дурашлива: при встрече начинает подпрыгивать на месте, часто и немотивированно смеется, нецензурно выражается. Говорит, что выполняет задания для развлечения, результатами не интересуется. По объективным данным. Затруднена длительная концентрация внимания. Непосредственная память в пределах нормы: воспроизводит 5-7-9-10 слов из 10, реминисценция снижена — 6 слов. При опосредовании процесса запоминания воспроизводится 7 слов из 10. Опосредующие образы иногда схематичны, по содержанию отдалены от задаваемого образа. Так, на стимул “голодный ребенок” обследуемая рисует ребенка с флагом в руках, на флаге изображена еда. На вопрос, почему еда изображена именно на флаге, отвечает, что так смешнее.

Сфера мышления характеризуется субъективизмом и разноплановостью, искажением процесса обобщения. Так, выполняя задание на сравнение понятий, обследуемая отмечает сходство между маленькой девочкой и большой куклой по внешней форме, а различие — по содержанию: “большая кукла состоит из пластмассы, а маленькая девочка — “из плоти, крови и органов”.

Категориальный способ решения мыслительных задач доступен. Переносный смысл пословиц объясняет в целом правильно.

Эмоционально-личностная сфера характеризуется неадекватно завышенным настроением, дурашливостью, не критичностью к своему состоянию и к своим высказываниям, завышенной самооценкой, эмоциональным уплощением. Проективная диагностика выявляет заинтересованность алкогольной и наркотической тематикой.

Таким образом, по результатам психологического обследования на первый план выступают процессуально-специфические нарушения мышления и эмоционально-личностной сферы.

БЕСЕДА С БОЛЬНОЙ

Больная спокойно вошла в аудиторию. Среднего роста, походка свободная, лицо гипомимичное. Спокойно оглядела аудиторию.

— Здравствуйте! Присаживайтесь, пожалуйста. Как Вы думаете, что это за люди здесь сидят? — Я

вижу половину людей, которые были в прошлый раз. Я так понимаю, это Ваши ученики, наверное. — А кто они по специальности? — Психологи, скорее всего. — И врачи? — Да. — Как Вы себя сейчас чувствуете? — Отлично. — Это ирония или Вы на самом деле себя хорошо чувствуете? — Я хорошо себя чувствую. — Почему же Вы тогда в больнице? — Язву лечу и сахарный диабет. — Язву чего? — Язву желудка. — А как она проявляется? — В болях. Но она особо о себе знать не дает. — А почему Вы тогда решили, что она у Вас есть? — Потому что мне сказали. — Кто сказал? — Кто-то из медперсонала. — А кроме язвы надо что-нибудь лечить? Психологические расстройства лечить. — Вы согласны с тем, что они у Вас есть? — Я согласна с тем, что они у меня были. — Какие расстройства у Вас были раньше? — Разлука с любимым человеком. — Это не психологическое расстройство, это — причина. А в чем заключалось расстройство? — В унынии. — Почему же Вы сейчас здесь? — Потому что, когда люди у меня вызывают гнев, я способна на убийство. — Теперь у Вас тоже бывают такие состояния? — Когда меня доводят, тогда. — А чем Вас можно довести? — Несправедливостью, оскорблениями. — Вам прямо в глаза говорят что-то неприятное? — Говорят не мне, я за других людей переживаю. — А Вам что-нибудь неприятное говорят? — Бывает, говорят. — Прямо в глаза говорят или намеками? — В глаза. — Вы в прошлый раз говорили, что большое значение придаете цвету. Сейчас тоже? — Я не заикливаюсь. — Вы говорили, что по расцветкам узнаете, как к Вам люди относятся. — Да. — Например, что-то желтое одето на человеке, что это значит? — Это позитив, это солнышко. — А если красное? — Красное — это как вызов на бой. — Этот человек специально надевает красное? — Он может на подсознательном уровне это делать. — А кого он вызывает на бой, Вас? — Возможно, меня. — К Вам это имеет какое-то отношение? — Я думаю, да. — В отделении, где Вы лечитесь, все люди больные? — Я думаю, на всей планете люди больны, только разными болезнями. Я считаю, что нет абсолютно здоровых людей. — А какова Ваша роль в здоровье людей всей планеты? — Вылечить людей. — То есть, у Вас есть некая миссия: вылечить всех людей? — Да. — Вы серьезно это говорите? — Да. — Вы говорили, что Вы — бог? — Да, сын Ганеши. — Ганеша — это восточный бог? — Это — бог. — Вы можете рассказать об этом подробнее? — Ганеша — это единый бог, который держит все в своей власти, он подарил жизнь людям. — Вы читали об этом? — Конечно, есть множество литературы на эту тему. — Он создал мир? — Да. — И у него есть дети? — Да, шестеро. — Кто они? — Для них можно много имен назвать, потому что они имеют множество проявлений. — Вы тоже ребенок этого бога? — Да. — Но Вы же одновременно человек? — Да, как и все. — Откуда Вы узнали, что являетесь сыном этого бога? — Я Вам раньше рассказывала. — Я не помню. — Во время музыки — психо-

делик-транс. Я очень долго себя вводила в транс, чтобы узнать новую информацию. — Это когда было? — В течение 3-х последних лет. — Вы сказали, что Вы — сын бога, но Вы ведь — женщина. — Это я просто в проявлении женском живу. — То есть Вы можете быть и женщиной и мужчиной? — Да. — Это значит, что Ваш дух входит в женское или в мужское тело? — Да. — По Вашему желанию? — Не по моему желанию, а по тому, как я провела прошлую жизнь. — Это уже ближе к буддизму. — Да. — И кем же Вы были в прошлой жизни? — Собакой. — Какой? — Надеюсь, что овчаркой. Не знаю, если честно. — А есть разница, какой породы? — Есть, конечно. — А для Вас есть разница? — Для меня, нет. Для меня все собаки хорошие. — То есть Вы исповедуете то, что в любом животном присутствует человеческий дух? — Да. — А как Вы себя вводили в транс? — Слушая музыку. — Какую? — Психоделик-транс. Есть много групп, которые записывают эту музыку. Последнее время есть возможность приглашать зарубежных музыкантов в Россию, чтобы они давали большие концерты, и слава богу, что молодежь “подседа на скорость” за счет чего они быстрее усваивают законы божьи. — Скажите, пожалуйста, кроме Вас кому-нибудь известно, что Вы сын бога? — Очень много людей об этом знает и молодежь в первую очередь. — По каким признакам это им известно? — Во время трансa у человеческого мозга настолько большие возможности, что возникает телепатическая связь, за счет которой они знают об этом. Многие люди знали об этом раньше, чем я, потому что меня к этому подготавливали. — Вы с самого рождения уже сын бога? — Да. — То есть Вы родились уже как сын бога? — Да. — От смертной женщины. — Да. — А как Вам стало известно, что люди знают о том, что Вы сын бога? — По телепатической связи. Я же с ними общаюсь, езжу на концерты. У меня своя школа, в которой я преподаю молодежи. — Где же такая школа? — Эта школа между людьми. Мои учебники — это диски с музыкой. Музыка — это и есть наше общение. — Но Вы же не записываете музыку? — Записывают музыку музыканты, которые приезжают играть ее в нашу страну. — Вы телепатически передаете им эту музыку, а они ее воспроизводят? — Нет, я посещаю их концерты, они играют музыку вживую, и в этот момент идет трансляция. — Но ведь Вы должны им что-то передавать? — Я с ними общаюсь, а потом эту музыку, которую они играют вживую, они записывают, и таким образом, учение идет дальше. — А как Вы с ними общаетесь телепатически? Вы передаете им мысли? — Да. — А их мысли Вы улавливаете? — Конечно. — Какой частью тела? — Мозгом. — Только? — Физически, всем телом. Когда звучит музыка, у меня каждая нервная клеточка задействована. — И все это зашифрованная информация? — Да. — А как Вы узнаете, что именно этот человек Вам передал информацию, а не другой? — Я их разбираю. — По каким признакам Вы их различаете? — По

признакам звука. — У Вас все только друзья или есть враги? — *Есть враги.* — Они тоже из божественной семьи? — *Есть и из божественной. Это люди приближенные к моим братьям, которые завидуют им, но братья об этом либо не знают, либо используют их для своих целей.* — А могут Ваши враги принимать человеческий облик? — *Они принимают не только человеческий облик, но и облик любого существа на этой планете.* — То есть среди окружающих Вас людей могут быть и Ваши враги из божественной семьи? — *Да.* — Они мешают Вам оздоравливать человечество? — *Да.* — Именно это их цель? — *Да.* — В этой аудитории есть люди, которые являются Вашими врагами? — *Я пока не заметила.* — А по каким признакам Вы определяете людей, которые к Вам хорошо относятся и какие являются Вашими врагами? — *Можно посмотреть в глаза и все понять.* — Только так? А на расстоянии Вы можете обнаружить врагов? — *Я их почувствую.* — Может быть, на них цвета какие-нибудь необычные? — *Они одежду носят неестественную для бытия в нашей семье.* — В прошлый раз Вы говорили о том, что посещали другие планеты. Мы с Вами не виделись месяц. Вы где-нибудь были за это время? — *Нет, нигде не была.* — А какие планеты Вы тогда посещали? — *Я бы сказала не планеты, а миры.* — Там кто-нибудь живет? — *Там звучит музыка.* — Все та же музыка? — *Потому что музыка — это и есть — жизнь, а мы с вами как проявления, как кометы, как различные тела.* — А глазами Вы что-нибудь там видели? — *Конечно, глазами я видела много разных божественных проявлений, как они там летают, как они там творят.* — Это люди или...? — *Нет, это не люди, это воздушные потоки, окрашенные в разные тона.* — Но это одушевленные объекты? — *Да.* — Скажите, что-нибудь подобное было с Вами, когда Вы употребляли наркотики? — *Я видела, как дышит дерево.* — Это когда Вы принимали ЛСД? — *Да.* — А еще что видели? — *Да много чего.* — Вы можете разделить галлюцинации на наркотиках от тех переживаний, о которых Вы сейчас рассказали? — *Конечно.* — То есть это разные вещи? — *Они связаны между собой.* — Каким образом? — *Прямым.* — Человек принял наркотики и увидел или услышал галлюцинации... — *У меня без наркотиков тоже бывают галлюцинации.* — Расскажите о них. — *Например, я могу зайти в туалет своей квартиры, а оказаться в туалете другой квартиры, где унитаз ниже, чем у меня дома, раковина по-другому стоит.* — Ведь галлюцинации — болезнь. Значит, вам это только кажется, на самом деле туалет такой же? — *Да, но кто сказал, что галлюцинации — это болезнь? Шаманы появились задолго до врачей нашего времени, и они лечили наркотиками.* — Скажите, пожалуйста, Вам бывает иногда страшно? — *Нет.* — То есть, Вы бесстрашный человек? — *Да.* — Наркотики, это хорошо или плохо? — *Это очень хорошо.* — Когда Вы стали так думать? — *В 13 лет.* — Вам сразу понравилось действие наркотиков? — *Мне нравилось*

постепенно, с тем как шло время, каждый раз я убеждалась, что это мне нравится, что это мое. — А зачем Вам это нужно было? — *Сначала это был детский интерес. А после того, как я стала употреблять серьезные наркотики, я начала учиться, и мне для обучения надо продолжать это делать. Обучение будет идти в течение всей жизни, и после жизни тоже.* — Но наркотики ведь иссушают мозг. — *Ну и что, я готова прожить тридцать лет, используя наркотики, нежели прожить семьдесят. Я иду на это сознательно.* — Но ведь это же болезненное, неестественное состояние. — *У человека может и без того быть масса физических болей, так что это все — ерунда.* — А что Вам больше нравится — алкоголь или наркотики? — *Наркотики.* — Какие наркотики Вам больше всего нравятся? — *Сканк и ЛСД.* — Что такое “сканк”? — *Это курительное вещество такое, после которого на семь часов вызываются очень сильные галлюцинации. Как раз в сканке я видела как дышит дерево.* — Это была “система”? — *Нет, это не система, я один раз это покурила.* — Вы на “системе” никогда не были? — *Нет.* — А героин кололи? — *Колола.* — В какую часть тела? — *Как правило, в кисть руки.* — Наверное, это были эпизоды? — *Под героином нет галлюцинаций, чувствуешь себя трезвой, хотя пошатывание есть, но ум трезвый, голова чистая, героин снимает физическую боль.* — Зачем Вам нужен был героин, он же ничего интересного не давал? — *Снимал физическую боль.* — А что у Вас болело? — *Много чего болело. Я удивляюсь, как люди иногда жалуются, я думаю: что жаловаться? У меня постоянно что-то болит.* — А как может что-то болеть у сына бога? — *Но я же в человеческом облике.* — Значит, героин Вам не понравился. Но “приход” от него все-таки был? — *Какой там приход, это все ерунда, просто как из трезвого состояния в пьяное переходил и все.* — То есть, никакого “прихода”, никакой “таски” Вы не ощущали? — *Нет.* — Вы знаете жаргон наркоманов? — *Лексику. Конечно, знаю... Что-то меня затрясло, не знаю с чего.* — Вы устали? — *Вроде, не устала, покурить хочется.* — Я надеюсь, что просто табак? — *Да, сигарету.* — Много курите? — *Я бы не сказала, что много.* — Бросить курить пытались? — *Пыталась, но сразу все бросить невозможно, очень тяжело физически. А еще вчера мой психолог меня перевозбудил. Я бросила курить, пришел психолог, я с ним поговорила, перевозбудилась и закурила опять.* — Вы можете предугадать, что случится в будущем? — *Могу. Я могу рассказать два случая. Например, мне приснился сон, что в здание Госкомстата, если Вы знаете, высотка, врезался вертолет. После этого в Америке баини-близнецы рухнули.* — Но ведь Вы тогда еще были маленькой? — *Ну и что! Значит, это у меня от рождения, а не от наркотиков. Другой случай. Буквально на днях я лежала в палате, и мне представилось, что на кухне забыли выключить газ, и будет взрыв, после этого в новостях показывали, что что-то с газом произошло.*

— Прошлый раз Вы рассказывали, что некоторые телевизионные передачи адресованы именно Вам. И сейчас также? — *Да.* — Некоторые сюжеты или конкретные люди, конкретные слова? — *Сюжет идет параллельно тому, как я живу и параллельно тому, как пустили в эфир. Если пустили в эфир записанную съемку, то это уже передача информации, а если это прямой эфир, то это уже идет непосредственное общение мое с ними.* — И Вы можете как-то регулировать эту телевизионную передачу? — *Как же я могу регулировать, если я даже к телевизору не подхожу?* — Но Вы участвуете в этой передаче? — *Конечно.* — Мысленно? — *Конечно, там мое проявление может находиться.* — То есть там Ваши мысли могут озвучивать? — *Да.* — Какие вопросы у докторов?

— Скажите, Вы видите эти цветные воздушные потоки? — *Да, они настолько красивы, что на этой земле ничего подобного нет.* — Они разноцветные? — *Да. Но я в большинстве случаев видела оранжевые.* — Вы их видите глазами? — *Я закрываю глаза и вижу эти цветные картинки.* — Они внутри Вас или снаружи? — *Я думаю, что в данный момент на земле, кажется, что они внутри, потому что это в мозгу в памяти еще остается еще от утробы матери.* — То есть, Вы их видите закрытыми глазами? — *Да.* — Например, была у меня такая галлюцинация. Маленькая мушка залетела ко мне в туалет и приземлилась на плитку. Я вижу эту мушку и как бы слышу ее, она думает: “*вот какое у меня царство, все из кафеля*”. Она же маленькая по сравнению с этим. Она попадает к нам как к богам. Потому что все живое, все едино. — Это было при курительных галлюцинациях? — *Нет, при курительных галлюцинациях мушки как в матрице летают, разница вся в этом.* — Есть галлюцинации курительные и те, которые возникают сами по себе. Они похожи? — *Бывают, что все разные, а бывают, что похожи.* — Какие похожи? — *Опиумные похожи.* — Какие бывают опиумные галлюцинации? — *Например, под опиумом я могу прочитать целую книгу, не отрываясь от нее, лежа в болезненном положении. Это как йоги себя подвергают испытаниям, так же и я себя подвергаю болезненным испытаниям.*

Ведущий: Когда Вы рассказывали про мушку, почему Вы назвали это галлюцинацией? — *Мушкины мысли прочтала.* — А если серьезно, какие мысли могут быть у мушки? — *Могут, какие-то. Она тоже живет, она тоже хочет творить.* — Вы сразу поняли, о чем она думает? — *Я по походке ее это увидела.* — А может быть, глупости это все, может, Вы просто дурачитесь: какие-то мысли у мушки, сын бога? Может быть, это просто фантазирование? — *Я бы не хотела так думать, иначе потеряю смысл своей жизни.* — Вы хотите, чтобы это все было реальностью? — *Да.* — Хорошо. Какие еще вопросы у врачей?

— Вы говорили в прошлый раз, что человек делится на две половинки? — *Он до сих пор так делится, и люди когда умирают, становятся маленькими детьми. Отрезают от человека левую часть, плохую и вы-*

брасывают, от другого берут хорошую, и рождается человек заново чистым.

— Вы по-прежнему допускаете возможность, что можете переноситься на другие планеты, в другие миры? — *Да.* — И желание путешествовать туда у Вас остается? — *Конечно, остается, и желания эти у меня никогда не исчезнут, я всегда буду хотеть туда.*

— Вы говорили, что лечите людей. А каким образом? — *Я забираю их боль себе.* — Через глаза? Вы смотрите им в глаза? — *Можно через глаза, можно просто посмотреть на этого человека, увидеть, что у него болит.* — А зачем Вы это делаете? — *Такая миссия.*

— Вы говорили, что Вы сын бога, а в обычной жизни Вы себя считаете мужчиной? — *Иногда бывают такие ситуации, что считаю.* — По поведению, по характеру? — *По внутреннему.* — А внешне? — *Внешне, какой из меня мальчик? Внешне-то я девочка.*

Ведущий: Вы устали? — *Нет.* — О чем Вы нас хотите спросить? — *Когда меня выпишут?* — Сын бога спрашивает такие простые вещи? — *Я ведь здесь от вас завишу. Я знаю, что 17-го числа будет 45 дней как я здесь, молю бога, чтобы вы меня пораньше выписали.* — Какого бога молитесь? — *Ганешу, конечно.* — А какой он из себя, Ганеша? — *Слон.* — Большой? — *Большой.* — Значит у Вас вопрос, только о том, когда выпишут? — *Да.* — Ладно, будем тогда совещаться. Спасибо Вам. До свидания!

ОБСУЖДЕНИЕ

Врач-докладчик: Состояние больной за время пребывания в больнице можно расценить как аффективно-бредовый синдром. В бредовой структуре преобладают парафренно-фантастические переживания. Аффект гипоманиакальный, конгруэнтный бреду. Бред острый, чувственный. Преобладает открытость мыслей. Однако, когда мы ее смотрели раньше, я была уверена в том, что это — приступообразная шизофрения, шизоаффективный вариант. Но на данный момент у меня в этом появились сомнения. Потому что, если бы это был шизоаффективный вариант, то выход из психоза был бы другой. Я думаю, что процесс переходит в непрерывное течение. Прогноз неблагоприятный. Критики к болезни мы не добьемся. Все отягощается еще тягой к наркотикам, с которой мы, к сожалению, не справимся. Таким образом, остановиться следует на диагнозе: “Шизофрения непрерывнотекущая, осложненная полинаркоманией”.

Ведущий: Как Вы думаете, непрерывное течение возникло только сейчас? — *Формально, по двум приступам и, якобы, ремиссии, когда она работала месяц, можно было бы считать процесс шубообразным. Но, на мой взгляд, это один продолжающийся приступ, который перешел в непрерывное течение. Т.е. болезнь потечет непрерывно с этого обострения.*

А. В. Павличенко. В прошлый раз высказывались мнения об онейродном помрачении сознания и острой парафрении. В то же время подчеркивалось, что признаков острого психоза не наблюдается. Мне представлялось, что в психическом состоянии больной присутствуют разнообразные расстройства, безусловно, шизофренической природы, которые лучше всего подходят под описание гебефрении в понимании Крепелина. В настоящее время стало понятно, что течение болезни непрерывное, признаков шизоаффективного состояния как не было, так и нет. Что же касается формы, или типа шизофрении, то состояние больной лучше всего удовлетворяет критериям дезорганизованного типа шизофрении по DSM-IV, для которого характерны разнообразные психотические расстройства, включая бредовые и галлюцинаторные, непрерывное течение без четких ремиссий и раннее начало. Сегодня симптоматика более стертая, но принимать ее состояние за ремиссию, в том числе в плане редукции бредовых расстройств, нельзя: она называет себя “сыном Бога”, говорит о возможности переселиться в других людей, отчетливо выступают элементы неправильного поведения, дурашливости, парамимии, что также подчеркивал психолог. Прогноз у данной больной неблагоприятный, рассчитывать на качественную ремиссию не приходится. Второй диагноз, который мы должны выставить как сопутствующий — “Полинаркомания”.

А. Г. Меркин. В отношении дурашливости. По-моему в статусе ее сейчас нет. Конечно, это гипоманиакальное состояние. Она в хорошем настроении, благодушна, но дурашливости нет.

Врач-докладчик. Вы зайдите в отделение, посмотрите, как она себя там ведет: прыгает на одной ножке, забегает в палату, улыбается, смеется, абсолютно нелепа, настроение повышено, критики к поведению нет. Для меня вообще было неожиданностью, что она сюда спокойно зашла, села с гипомимичным лицом, абсолютно спокойная.

Ю. Л. Мартынюк. У пациентки параноидная шизофрения, непрерывное течение, осложненная полинаркоманией.

Ведущий: *Абстинентный синдром отсутствовал, т.е. не было второй стадии зависимости к конкретному наркотику, включая алкоголь.*

— Но по анамнезу, по ее стремлению к наркотикам полинаркомания есть. Бесконтрольный прием спиртных напитков был. Патологическое влечение было. Желание принять наркотические вещества сохраняется.

Э. А. Каменецкая. Когда больная с нами беседовала, то у нее были моменты повышенного настроения, но они были уместны. Она улыбалась, понимала ситуацию, и у нее была некая критика к своему состоянию. Является ли появление критики результатом лечения, я не могу сказать. Но мне кажется, что это очень важно и должно учитываться в лечении. Может быть, это такое своеобразное проявление схизиса: она

полностью уверена в реальности своих убеждений и тут же над этим подсмевается. На мой взгляд, это очень интересный момент. По поводу лечения. Поскольку я занималась лечением табакокурения, и в моей практике были в основном больные шизофренией, то можно было проследить прямую связь обострения с тем, что они бросали курить. Лечащий врач говорил, что больным в отделении положено выкуривать не больше шести сигарет в день. Откуда Вы знаете, что шесть сигарет это норма? При шизофрении они курят без конца. Если больной выкуривает три пачки в день, Вы уже должны заподозрить шизофрению. И никто скорее и проще этих больных не бросает курить. Бывает, я не уверена в том, что у больного шизофрения, но, после того, как он резко бросает курить, на следующий день у него начинается обострение. Больные рассказывают, что появляется агрессия, хочется кого-нибудь ударить. Это бывает даже тогда, когда больной выкуривает пять сигарет. Может быть для нашей больной пять сигарет это граница, ниже которой опускаться нельзя. Может быть, ей разрешить больше курить?

И. П. Лещинская. Мы могли бы сидеть с больной сутки или двое, и она бы нам все это рассказывала и рассказывала. В силу своего измененного шизофренического мышления и повышенного аффекта она без конца развивает любую тему. Она — резонерка, конечно. Свои впечатления, полученные от действия наркотиков, больная влетает в фантастический бред. Аффект у нее в целом в плюсе, но не в гармоничном маниакальном, а с примесью дурашливости, неадекватности. Болезнь началась с психопатоподобного, гебоидного этапа. Потом появились аффективные колебания с расторможенностью влечений. Потом шла смена фаз на фоне наркотиков. Все закончилось этим психозом, где приступообразное течение переходит в непрерывное. Ее бредовая система, если это система, а не бредоподобное фантазирование, абсолютно не изменилась. То, что она нам в прошлый раз говорила, это же она говорит и сейчас. В плане лечения у меня есть вопросы. Почему на rispолепте было все плохо, а потом на 15 мг галоперидола стало гораздо лучше? Может быть, просто ушел выраженный аффект? Мне кажется, что это тот случай, где эффективными могут быть разные нейролептики, главное, лечить настойчиво, не меняя быстро терапию, стараясь добиться устойчивого результата. Скорее всего, мы получим лишь более адекватное ее поведение, больший самоконтроль. К лечению надо добавить нормотимики.

М. Е. Бурно. Я в прошлый раз думал о шубообразной шизофрении, и признаться, сегодня думаю то же самое, понятно, на языке школы Снежневского. По МКБ-10 здесь нужно ставить параноидную шизофрению с эпизодическим течением. Почему я так думаю? Онейроидные пациенты, которых приходилось видеть в психиатрических больницах, многие лежат в кроватях. И вот лежит неподвижно застывшее лицо, глаза открыты, вдруг широко улыбнется чему-то

своему внутреннему. Подойдешь к нему, поговоришь и увидишь, что он живет своей внутренней жизнью, т.е. он может общаться и с тобой, но он смотрит как бы сквозь тебя, а больше смотрит во внутрь себя. И там происходят всякие переживания, путешествия: подводные и на другие планеты. Мягкое выражение этого я чувствую и здесь. Больная сидит тихая, застывшая, застывший взор с открытыми глазами, беседой не тяготится. Такое клиническое впечатление, что она живет своей внутренней жизнью, а с нами общается одновременно, параллельно и не устаёт, хотя ясно, что живо она в беседе не участвует. Прежде всего, мне клинически видится пусть мягкое, но онейроидное состояние с застылостью, и, конечно, парафренное переживание, много бредоподобных фантазий, и тут приврать она может много, и сочинить, и сама этому улыбается, смеется, и все это перемешивается в одну тихую, застывшую, однотонную кашу с гипомимией. Я как-то в своей психиатрической жизни вжился в это, благодаря, конечно, школе Снежневского. А ведь Снежневский кристаллизовал, прежде всего, немецкую клиническую классическую психиатрию. И вот что такое шуб? Шуб как и приступ, имеет определенную симптоматику, это не просто психотика вообще. Это либо онейроидная симптоматика, либо парафренное состояние, депрессивно-параноидное, маниакальное или депрессивное. Все это с достаточной эмоциональной сочностью. Именно это и есть симптоматика шуба или приступа. Что-то выступает на первый план, чего-то нет или все равномерно перемешивается. Я за всю жизнь привык к тому, что когда видишь такую симптоматику, онейроидность, тем более с застылостью, кататоническими проявлениями, когда видишь эту парафренность, то психиатрическое сердце и ум подсказывают тебе, что это все пройдет. Потому что это прогностически благоприятная симптоматика в том смысле, что шуб со временем обойдется. Она не будет такой всегда. Это не есть для меня непрерывно текущая шизофрения с такой симптоматикой. Рано или поздно, через несколько месяцев, через много месяцев, но шуб всегда проходил. Оставался какой-то сдвиг, оставалась неврозоподобная симптоматика, аффективные колебания, но не было этой продуктивной, шубной остроты. Я бы ей поставил шубообразную шизофрению с эпизодическим течением, ну и конечно, осложненную наркоманией и алкоголизацией. Здесь вспоминается классическая книга Карла Бирнбаума “Структура психоза”. Это двадцатые годы прошлого века. В этой книге совершенно ясно было рассказано о том, что такое патопластика или протопластика. Это когда человек болеет какой-то болезнью, в данном случае душевной болезнью, но она осложнена и другой какой-то душевной болезнью или какими-то элементами этой болезни, например, шизофрения, осложненная алкоголизмом, и вот, наслонившийся алкоголизм по-своему прорисовывает, раскрашивает шизофренические симптомы. Например, шизофренический алкоголик в настоящем психозе

видит крыс, крокодилов и то, что обычно видит алкоголик в “белой горячке”. Хотя эти образы как-то по-своему шизофренически вычурны, но, тем не менее, напоминают алкогольные. Это называется алкогольная патопластика или протопластика, что одно и то же, шизофренической картины. Так же и здесь наша больная очень тонко рассказывает о том, что помнит галлюцинации курительные от наркотиков, и галлюцинации, которые как бы и не связаны с наркотиками. Она рассказывает, как бывает с наркотиками: “такое чувство, что большую книгу прочла всю сразу, быстро”. Здесь же она говорит, что так бывает и без наркотиков. Мы видим, как наркотики кладут свои краски, свой рисунок на шизофреническую симптоматику. Это можно вполне сравнить с алкогольной патопластикой при шизофрении. Она шизофренически не устала, не истощается, не тяготится беседой.

..... (закончилась кассета)

Ведущий. Что мы видим в психическом статусе нашей больной? Сидит такая милая девушка, нормально с нами беседует, охотно отвечает на вопросы. Иногда пространно. Имеются некоторые признаки нейрорепсии. Я посмотрел ее мышечный тонус — он немного повышен, отчетливо проявляется симптом зубчатого колеса в мышцах запястий. Гипомимия. Она может быть и за счет препаратов, и за счет кататонических стигм, а может быть и от того и другого. Настроение ее кажется монотонно-спокойным. Но потом вдруг появляется теплая, не дурашливая улыбка. Как она относится к своей болезни? Внешне безразлично. Когда я спросил ее: “Может быть все, что Вы тут говорите — сплошные фантазии?”, — она очень спокойно ответила, что ей очень не хотелось бы так думать, это был бы крах всей ее жизни. О своей особой миссии она тоже говорит равнодушно. То есть, ее “плюсовой” аффект как бы скрыт и внешне не соответствует экспансивным бредовым высказываниям. Это может быть принято за эмоциональное оскудение. Как можно назвать ее бред? Бесспорно, он экспансивный, фантастический, вычурный, мегаломанический. Иногда, действительно, возникает ощущение, что она все придумывает по ходу беседы. Она даже не пытается уйти от множества противоречий в своих высказываниях, сразу же, без раздумий отвечает на все вопросы: она одновременно и сын Будды, и сын бога Ганеши, Ганеша — большой слон и пр. Вся эта мешанина, основана на отрывочных сведениях из популярных книг. Откуда такая мегаломания? Теперь модно говорить: “Бред конгруентен аффекту”. Ее бред, действительно, появился на фоне повышенного аффекта. Он ведь сформировался не в результате вербального галлюциноза, как при галлюцинаторной парафрении, а возник в структуре приступа острой парафрении, переходившей временами в онейроидную кататонию. Если проанализировать ее статус за все время пребывания в больнице, то можно сказать, что он вполне соответствовал всем этапам развития синд-

рома онейроидной кататонии. Все симптомы носили острый характер: маниакальный аффект, смешанный с импульсивностью, вычурностью, нелепыми поступками, дурашливостью. Бред инсценировки, особого значения, ложного узнавания, острая фантастическая деперсонализация с бредом раздвоения, овладения, открытостью мыслей. И, наконец, сновидное, онейроидное расстройство сознания с фантастическими яркими псевдогаллюцинациями — путешествие в “астрале — космосе”, воздушные потоки, окрашенные в разные тона. Почему же на двух наших осмотрах, да и в отделении мы не видели патетики или характерного онейроидного застывания? Потому что имеет место лекарственный патоморфоз. Мы же почти не видим теперь развернутых онейроидных состояний. Они купируются на более ранних этапах развития онейроидного приступа. Вся клиническая картина представляется редуцированной, смазанной. На высоте приступа чаще можно увидеть ориентированный онейроид. Больной при этом может одновременно испытывать фантастические галлюцинации и понимать, что находится в палате, и даже общаться с окружающими. Именно за счет лекарственного патоморфоза наша больная так спокойно, почти равнодушно рассказывает о том, что мы услышали. Представим себе, что бы было, если бы ей отменили все нейролептики. Состояние сразу бы обострилось. Все ее бредовые расстройства и расстройства восприятия получили бы соответствующую эмоциональную окраску, что незамедлительно сказалось бы и на поведении. Почему же больная полностью не выходит из психоза, несмотря на активное лечение? По правде сказать, когда мы смотрели ее в прошлый раз, я был уверен, что она сравнительно быстро поправится, и появится хорошая критика. Ведь весь “набор” психопатологии соответствовал аффективно-бредовому приступу. Правда, было много галлюцинаторных и вычурных бредовых расстройств. Однако становление ремиссии пошло медленно, по литическому типу, через дезактуализацию бреда, упорядоченное поведение. А потом и вообще, на той же терапии возник рецидив с похожей клиникой. Видимо, надо признать, что наша больная резистентна к терапии нейролептиками. Виноваты ли в этом алкоголь и наркотики? Возможно, но это бездоказательно. И все же, по структуре психоза хочется верить, что наступит приличная ремиссия. Я согласен с тем, что надо упорно и продолжительно ее добиваться. Этому может, конечно, помешать возобновление злоупотребления наркотиками и алкоголем. Она по-прежнему к этому стремится. Я согласен с Марком Евгеньевичем, что это злоупотребление вообще значительно видоизменило ее болезнь, привнесло существенную атипичность. Многие ее психотические расстройства возникли впервые в результате наркотической интоксикации, особенно психоделиками, а затем закрепились и смешались с ее фантастическим бредом, придали ему яркость, чувственность. Это, как

отметил Марк Евгеньевич, и есть настоящая наркотическая патопластика эндогенного психоза. Отсюда и ее полная нескритичность к употреблению наркотиков.

О развитии болезни. В начале анамнеза казалось, что все достаточно понятно: болезнь возникла во время полового созревания, проявилась девиантным, психопатоподобным поведением, снижением продуктивной деятельности, замкнутостью и ухудшенным отношением к матери. В дальнейшем появились четкие депрессивные и гипоманиакальные состояния. Скорее всего, последующее развитие болезни перешло бы в типичный шубообразный вариант. Но тут вмешались алкоголь и наркотики. Можно отметить характерное для процессуальных больных экспериментаторство с этими веществами, поиск адекватных для них психотропных эффектов. Алкоголь быстро стал вызывать у больной тяжелые опьянения со злобой и агрессией, что чаще бывает либо у органиков, либо у больных с эндогенными расстройствами настроения. Абстинентный синдром не сформировался, однако усугубилось психопатоподобное поведение, напоминающее гебоидное, и социальная дезадаптация. Перепробовав различные наркотики, больная стала отдавать предпочтение стимуляторам и психоделикам. На них впервые появились обманы восприятия, которые ее не только не напугали, но даже понравились. Надо учитывать художественные наклонности больной. В какой мере наркотики являлись причиной обострений болезни, сказать сейчас трудно, но точно, что они участвовали в формировании структуры синдрома, а, возможно, и самого психоза. Поэтому я бы отнес этот случай к группе атипичных психозов. На наших семинарах мы видели яркие шизофреноподобные психозы, возникшие в результате употребления наркотиков — стимуляторов. В целом диагноз может звучать так: “Приступообразно-прогредиентная шизофрения, осложненная употреблением наркотиков — стимуляторов, аффективно-бредовой приступ в виде острой парафрении и неразвернутого синдрома онейроидной кататонии”. Как потечет болезнь дальше, возобладает ли тенденция к непрерывному течению? Сказать сейчас трудно. Из-за резистентности к фармакотерапии она может долго выходить из приступа. Я согласен, что в дальнейшем надо добавить нейролептики — пролонги и тимостатики.

Катамнез. Больная была переведена на терапию галоперидолом-деканоатом в сочетании с циклодолом, альпразоламом и финлепсином. Состояние ее стало постепенно улучшаться: полностью упорядочилось поведение, выровнялось настроение. О своих бредовых переживаниях говорила неохотно. По просьбе матери была выписана на той же терапии в середине апреля. Через неделю заболела гриппом с высокой температурой, после него появились нарушения сна. По телефону матери были даны советы по их коррекции. Других сведений о больной нет.

Из практики Верховного Суда Российской Федерации

Часть 2

Ю. Н. Аргунова

В предыдущем выпуске нашего журнала мы рассмотрели материалы Верховного Суда, посвященные вопросам недееспособности, прав граждан, проживающих в ПНИ, а также уголовной ответственности за незаконное помещение в психиатрический стационар.

В следующий раз мы представим позицию Верховного Суда по проблемам назначения СПЭ, исследования и оценки судом экспертного заключения.

А сейчас на очереди — решения Верховного Суда, касающиеся некоторых вопросов, связанных с производством о применении принудительных мер медицинского характера, и наши размышления по этой проблеме.

I.

Судебная коллегия по уголовным делам Верховного Суда РФ в ходе осуществления надзорных функций¹ выявила нарушения судами требований ст. 437 УПК РФ, регламентирующей участие при рассмотрении дела в порядке главы 51 УПК РФ законного представителя лица, в отношении которого ведется производство о применении принудительных мер медицинского характера (ПММХ).

Согласно ч. 1 ст. 437 УПК РФ законный представитель лица, в отношении которого ведется производство о применении ПММХ, привлекается к участию в деле на основании постановления следователя либо суда. При отсутствии близкого родственника законным представителем может быть признан орган опеки и попечительства.

Данные требования закона органами следствия и суда, однако, не выполняются.

Так, постановлением Краснодарского краевого суда Краснобрижев признан совершившим запрещенное уголовным законом деяние, предусмотренное ч. 1 ст. 296 УК РФ (угроза убийством судьям Первомайского райсуда г. Краснодара в связи с рассмотрением в этом суде материалов по его жалобе). На основании п. “а” ч. 1 ст. 97, п. “г” ч. 1 ст. 99 и ч. 4 ст. 101 УК РФ к нему применены ПММХ с направлением на принуд-

ление в психиатрический стационар специализированного типа с интенсивным наблюдением, с освобождением от уголовной ответственности.

Как видно из материалов дела, следователь в рапорте от 19 июня 2004 г. указал, что мать Краснобрижева в беседе заявила об отсутствии денежных средств для приезда в г. Краснодар из Украины, поэтому нет реальной возможности признать ее законным представителем.

Постановлением следователя от 7 июля 2004 г. в качестве законного представителя по делу допущен С. — участковый психиатр диспансерного отделения психиатрической больницы.

Между тем в материалах дела имеется заявление Краснобрижевой от 24 сентября 2004 г. в адрес председателя Краснодарского краевого суда, в котором она просит разрешить ей и адвокату Ч. участвовать в уголовном деле в целях защиты прав и интересов своего сына.

Данное заявление оставлено судом без внимания. Краснобрижева хотя и явилась в суд, но была допрошена в качестве свидетеля, а в качестве законного представителя в деле участвовал участковый психиатр С., защиту осуществлял адвокат П.

С учетом изложенного постановление Краснодарского краевого суда Судебной коллегией было отменено и дело направлено на новое судебное рассмотрение.

II.

Судебная коллегия по уголовным делам Верховного Суда РФ в качестве кассационной инстанции² установила нарушение судом права потерпевшего на участие в судебном заседании о применении ПММХ.

Судьей Мособлсуда освобожден от уголовной ответственности Ш. за совершение в состоянии невменяемости общественно опасных деяний, предусмотренных п. “а”, “д”, “к” ч. 2 ст. 105, п. “а” ч. 3 ст. 111, ч. 2 ст. 167 УК РФ, с применением ПММХ в виде при-

¹ Бюллетень Верховного Суда Российской Федерации, 2006, № 10. С. 25 – 26.

² Бюллетень Верховного Суда Российской Федерации, 2006, № 1. С. 24 – 25.

нудлечения в психиатрическом стационаре специализированного типа с интенсивным наблюдением.

В кассационной жалобе потерпевший Т. просил отменить постановление, мотивируя это тем, что дело рассмотрено в его отсутствие. По его словам, он находился под стражей, суду об этом было известно, однако его явка в судебное заседание не была обеспечена и он лишился возможности реализовать свои права потерпевшего, кроме того, суд без достаточных оснований огласил его показания, которые он давал на предварительном следствии, и затем сослался на них в постановлении.

Судебная коллегия постановление отменила, дело направила на новое рассмотрение в тот же суд, но в ином составе по следующим основаниям.

Согласно ст. 441 УПК РФ рассмотрение уголовного дела, по которому ставится вопрос о применении ПММХ, производится в общем порядке с изъятиями, предусмотренными главой 51 УПК РФ. Указанная глава не исключает участия потерпевшего в рассмотрении уголовного дела.

Между тем суд, располагая сведениями о том, что потерпевший Т. находится в СИЗО г. Серпухова по другому уголовному делу в качестве подсудимого, не принял мер к его доставке в судебное заседание, лишив возможности принимать участие в рассмотрении дела (ст. 249 УПК РФ).

Приведенные нарушения, как указывается Судебной коллегией, являются основанием для отмены судебного решения, т.к. в судебном заседании потерпевший вправе заявлять отводы суду и другим участникам процесса, заявлять ходатайства, давать показания, участвовать в прениях сторон. Несоблюдение этого требования закона лишало суд права ссылаться в постановлении на показания потерпевшего Т., которые он давал на предварительном следствии.

III.

Судебная коллегия по уголовным делам Верховного Суда РФ³ признала **требование о возмещении материального вреда, причиненного действиями лица, совершившего в состоянии невменяемости общественно опасное деяние, предусмотренное уголовным законом, подлежащим рассмотрению в порядке гражданского судопроизводства.**

Постановлением суда Мубаракшин был освобожден от уголовной ответственности за совершение общественно опасных деяний. К нему применены ПММХ.

Отдельным постановлением заявление потерпевшей с требованием о возмещении Мубаракшиным материального вреда оставлено без рассмотрения с указанием на то, что это решение не препятствует впо-

следствии предъявлению и рассмотрению этого иска в порядке гражданского судопроизводства.

В кассационной жалобе потерпевшая просила постановление отменить и уголовное дело вернуть для рассмотрения в части гражданского иска. В обоснование жалобы она указала, что в главе 51 УПК РФ нет запрета на разрешение иска по уголовному делу и иск должен быть разрешен при постановлении итогового решения суда.

Судебная коллегия кассационную жалобу потерпевшей оставила без удовлетворения, а постановление суда — без изменения по следующим основаниям.

На предварительном следствии право на предъявление гражданского иска потерпевшей разъяснялось, и она заявила, что в случае необходимости иски будут предъявлены в суде.

При принятии решения по уголовному делу в отношении Мубаракшина все вопросы, указанные в ст. 442 УПК РФ, судом исследованы и разрешены.

Разрешение гражданского иска при вынесении в соответствии со ст. 443 УПК РФ постановления суда об освобождении лица от уголовной ответственности и о применении к нему ПММХ *не предусмотрено*.

Кроме того, вопрос о привлечении к участию в деле гражданского ответчика при производстве по уголовному делу, связанному с применением ПММХ, не может быть поставлен, т.к. в деле *отсутствует обвиняемый*, т.е. лицо, которое может нести материальную ответственность.

IV.

Судебная коллегия по уголовным делам Верховного Суда РФ⁴ **возобновила производство по уголовному делу в отношении лица, находящегося на принудительном лечении, ввиду выявления новых обстоятельств.**

Тюменским облсудом 14 марта 2001 г. Френсс была освобождена от уголовной ответственности за совершение в состоянии невменяемости общественно опасного деяния, предусмотренного ч. 3 ст. 30, п. “в”, “и” ч. 2 ст. 105 УК РФ, и на основании п. “а” ч. 1 ст. 97 УК РФ, ч. 4 ст. 101 УК РФ к ней применены ПММХ в виде принудления в психиатрическом стационаре специализированного типа с интенсивным наблюдением. В кассационном порядке уголовное дело не рассматривалось.

Заместитель Генерального прокурора РФ в заключении поставил вопрос о возобновлении производства по делу в отношении Френсс, отмене определения Тюменского облсуда и направлении уголовного дела на новое судебное разбирательство по следующим обстоятельствам.

³ Бюллетень Верховного Суда Российской Федерации, 2006, № 5. С. 10 – 11.

⁴ Бюллетень Верховного Суда Российской Федерации, 2006, № 2. С. 29 – 30.

Находясь в Казанской психиатрической больнице, Френсс после выхода из болезненного состояния сообщила, что она является Шаймордановой Людмилой Михайловной. Администрация больницы обратилась в прокуратуру г. Тюмени с просьбой установить действительное имя Френсс и помочь восстановить ее документы.

По сообщению прокуратуры Иркутской области в ее производстве имеется уголовное дело об убийстве, возбужденное в 1999 г., по которому в качестве обвиняемой проходит Шайморданова Людмила Михайловна, объявленная в розыск.

В связи с указанными обстоятельствами прокурором г. Тюмени 4 июня 2003 г., возбуждено производство ввиду новых обстоятельств и проведено расследование, в ходе которого установлено, что при задержании Френсс в г. Тюмени по подозрению в совершении преступления, она в подтверждении своих анкетных данных предъявила справку из приемника-распределителя при ГУВД Тюменской области на имя Френсс Людмилы Александровны. Других документов, подтверждающих личность задержанной, в материалах уголовного дела не имелось.

Факт того, что Френсс Л. А. в действительности является Шаймордановой Л. М., был подтвержден заключениями фотопортретных экспертиз, а также справкой информационного центра при УВД Иркутской области, содержащей сведения о ее судимости. Из справки следует, что при проверке дактилокарты, составленной 2 ноября 2000 г. в ИЗ-72/1 г. Тюмени на Френсс Л. А., установлено, что она под фамилией Шайморданова Л. М. была осуждена в 1984 г. за совершение другого убийства.

Несмотря на то, что установленные обстоятельства не устраняют преступность и наказуемость деяния, они, с позиции Верховного Суда РФ, имеют существенное значение для защиты прав лица, совершившего запрещенное уголовным законом деяние в состоянии невменяемости.

Судебная коллегия по уголовным делам Верховного Суда РФ заключение заместителя Генерального прокурора РФ удовлетворила, производство по данному уголовному делу возобновила ввиду новых обстоятельств, определение Тюменского облсуда от 14 марта 2001 г. в отношении Френсс Л. А. отменила и дело направила на новое судебное разбирательство в тот же суд в ином составе судей.

* * *

Приведенные нами из Бюллетеня Верховного Суда РФ дела наводят на размышления по поводу производства о применении ПММХ в целом.

1. В постановлениях о применении ПММХ Краснодарского краевого суда и Тюменского облсуда, как и в постановлениях многих других судов (на что Верховный Суд традиционно не обращает внима-

ния), отсутствует ссылка на ч. 2 ст. 97 УК РФ, определяющую основания для назначения ПММХ. Из этого следует, что принудление суды назначали, отнюдь не руководствуясь необходимостью установления в судебном заседании связи психического расстройства с опасностью лица либо возможностью причинения им иного существенного вреда, как того требует закон.

Игнорирование этой нормы — весьма распространенное явление как в постановлениях судов, так и в экспертных заключениях. Бытует ложное представление, что за признанием лица невменяемым автоматически должно следовать назначение лечения в принудительном порядке.

В определении критериев для применения ПММХ в законе имеются, увы, разночтения. Если в соответствии с ч. 2 ст. 97 УК РФ (основания применения ПММХ), ч. 2 ст. 433 УПК РФ (основания для производства о применении ПММХ) и п. 5 ч. 2 ст. 434 УПК РФ (обстоятельства, подлежащие доказыванию) вопрос ставится о том, связано ли психическое расстройство лица с его опасностью для себя или других лиц либо возможностью причинения им иного существенного вреда, то согласно п. 5 ст. 442 УПК РФ (вопросы, разрешаемые судом при принятии решения по делу) вопрос, который должен быть исследован и разрешен судом формулируется уже абсолютно в ином ключе: “представляет ли психическое расстройство лица опасность для него или других лиц либо возможно ли причинение данным лицом иного существенно вреда”.

Как нетрудно заметить, произошло смещение акцентов. Во-первых, вероятная “опасность” перекочевала от самого лица (носителя опасности) к его психическому расстройству. Такой подход противоречит действующему законодательству. Психические расстройства сами по себе не могут представлять общественную опасность. Перечень заболеваний, представляющих опасность для окружающих, утвержден постановлением Правительства РФ от 1 декабря 2004 г. № 715. Психические заболевания в него, разумеется, не входят. Они включены в Перечень социально значимых заболеваний, утвержденный тем же постановлением Правительства. Психические расстройства могут, согласно п. “а” ст. 29 Закона о психиатрической помощи, лишь обуславливать такую опасность.

Во-вторых, возможность причинения данным лицом иного существенного вреда, как это следует из формулировки вопроса для разрешения судом, с наличием у него психического расстройства уже не связывается, что абсурдно применительно к основаниям для назначения ПММХ.

Можно обнаружить и другие нестыковки в законодательстве.

Так, согласно ч. 2 ст. 443 УПК РФ “если лицо не представляет опасности по своему психическому со-

стоянию либо им совершено деяние небольшой тяжести, то суд выносит постановление о прекращении уголовного дела и об отказе в применении ПММХ”. Тем самым УПК РФ “подредактировал” основания применения ПММХ, предусмотренные УК РФ (ч. 2 ст. 97). Это означает, что назначение ПММХ может осуществляться и по другим критериям: в зависимости от категории совершенного деяния (особо тяжкое, тяжкое, средней тяжести) и в любом случае эти меры не могут быть применены к лицу с психическим расстройством, совершившему деяние небольшой тяжести (когда наказание за это деяние не превышает 2-х лет лишения свободы) даже при его опасности по своему психическому состоянию для себя или других лиц.

Вызывает недоумение и формулировка ч. 4 той же ст. 443 УПК РФ. Копия постановления суда о прекращении уголовного дела по указанным основаниям, как говорится в статье, направляется в орган здравоохранения для решения вопроса *о лечении или направлении* лица, нуждающегося в психиатрической помощи, *в психиатрический стационар*. То есть в качестве альтернативы лечению предусматривается направление в стационар (?) Возникает вопрос: разве в стационар лицо госпитализируется не для лечения? Заметим в этой связи, что соответствующее этой норме правило, записанной в ч. 4 ст. 97 УК РФ, более адекватно по смыслу. Согласно ч. 4 ст. 97 УК в отношении лиц, не представляющих опасности по своему психическому состоянию, суд может передать необходимые материалы органам здравоохранения для решения вопроса *о лечении этих лиц или направлении их в психоневрологические учреждения социального обеспечения*.

2. Правовое положение лица, в отношении которого ведется производство о применении ПММХ, весьма ущербно. Он не фигурирует в главе 7 УПК РФ “Участники уголовного судопроизводства со стороны защиты”, его права, в т.ч. на участие в судебном заседании, представление доказательств и т.д., не прописаны и в главе 51 УПК РФ “Производство о применении ПММХ”.

Более того, как указывается, в частности в определении Военной коллегии Верховного Суда РФ от 11 марта 2004 г. № 3-58/03⁵, “показания лица, в отношении которого поставлен вопрос о применении ПММХ, не могут рассматриваться как источник доказательства по делу, они не имеют юридической силы, не могут быть положены в основу решения по делу и использоваться при разрешении вопросов о применении ПММХ”. Такой вывод Военная коллегия обосновывает требованиями ст. 74 и п. 3 ч. 2 ст. 75 УПК РФ, в которых, однако, указанные вопросы напрямую не освещаются. Тем не менее Военная коллегия в качестве кассационной инстанции поставила на вид При-

волжскому окружному военному суду, что тот в обоснование своего постановления положил протокол очной ставки с участием лица, в отношении которого решался вопрос о применении ПММХ.

Согласно ч. 2 ст. 441 УПК РФ судебное следствие по данному вопросу начинается с изложения прокурором доводов о необходимости применения к лицу, которое *признано невменяемым*, ПММХ. То есть лицо считается невменяемым еще до начала судебного заседания и задолго до исследования этого вопроса судом (!).

Понятно, что на данном этапе речь может идти о “признании” лица невменяемым пока только по результатам СПЭ, причем, зачастую, с весьма сомнительной доказательственной базой. Сколько копий было сломано прежде чем экспертами было, наконец, усвоено, что не в их компетенции признавать лицо *вменяемым* (невменяемым), что это — прерогатива суда.

Можно сказать, что заключение СПЭ о невменяемости лица в силу непродуманной позиции законодателя приобретает своего рода сверхдоказательственное значение уже в досудебной стадии, т.к. предопределяет правовой статус лица в судебном процессе, который, теряя положение обвиняемого и не приобретая прав подсудимого, превращается в просто “лицо” (в никого), в отличие от потерпевшего, на страже интересов которого выступил Верховный Суд в одном из приведенных решений. Права этого лица отходят законному представителю. При этом мнение лица в отношении кандидатуры последнего никого не интересует.

Таким образом заранее презюмируется, что лицо является психически больным, невменяемым в отношении содеянного и нуждается в лечении в принудительном порядке.

Между тем, лишь по окончании состязательного процесса и только судом может быть признано доказанным, что деяние совершено данным лицом в состоянии невменяемости и что наличествуют критерии для ПММХ. Учитывая, однако, тот факт, что суды, как правило, не производят объективную оценку экспертного заключения, судебное решение превращается в пустую формальность.

Почему УПК РФ не допускает возможности допроса лица, например в случае, если экспертное заключение вызывает у сторон или суда сомнение? Ведь суду предоставлено такое право в ч. 5 ст. 445 УПК РФ при решении вопроса о прекращении, об изменении или даже о продлении применения ПММХ (при условии, если это возможно по психическому состоянию лица).

Уместно также, на наш взгляд, провести аналогию с нормой Закона о психиатрической помощи (ч. 2 ст. 34), гарантирующей лицу право лично участвовать в судебном рассмотрении вопроса о его госпитализации в недобровольном порядке. Как известно, если психическое состояние лица не позволяет ему

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

лично прибыть в помещение суда, то судья сам вместе с прокурором выезжает в психиатрическое учреждение. Законодательство есть над чем подумать.

Есть и еще один аспект проблемы.

Само невменяемое (и — что очень важно — при этом дееспособное) лицо, как следует из ст. 444 УПК РФ, не вправе обжаловать постановление суда о применении в отношении него ПММХ. Однако запрета на обжалование судебного решения не существует для гражданина, признанного согласно этому решению недееспособным в рамках гражданского судопроизводства. И это при том, что недееспособность определяется на “сегодняшний день”, в то время как невменяемость касается событий прошлого, нередко, весьма отдаленных во времени.

Сохранение за лицом, признанным судом недееспособным, права на обжалование судебного решения — вполне логично. Ведь только через 10 дней с момента принятия судебного решения лицо в правовом отношении теряет свою дееспособность и среди прочих ограничений лишается права на личное обращение в суд.

Право лица обжаловать постановление судьи об удовлетворении заявления психиатрического учреж-

дения о помещении его в психиатрический стационар в недобровольном порядке по основаниям ст. 29 Закона о психиатрической помощи прямо записано в ч. 3 ст. 35 этого Закона. Кроме того в ближайшее время во исполнение решения Европейского суда по правам человека пациенту, помещенному в психиатрический стационар в недобровольном порядке, будет предоставлено право самому инициировать судебную процедуру проверки обоснованности такой госпитализации, что продиктовано нормами Европейской Конвенции о защите прав человека и основных свобод.

На этом фоне позиция законодателя в отношении неопределенности правового статуса (уголовно-процессуальной правосубъектности) лица, в отношении которого осуществляется производство о применении ПММХ, выглядит парадоксальной.

Такой порядок вещей в уголовном судопроизводстве, помимо всего прочего, не согласуется с нормами Закона о психиатрической помощи, не допускающими ограничения прав и свобод граждан, страдающих психическими расстройствами, только на основании психиатрического диагноза.

Международный конгресс Всемирной психиатрической ассоциации

РАБОТАЕМ ВМЕСТЕ РАДИ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ

28 ноября – 2 декабря 2007 г., Мельбурн, Австралия

Sharon.brownie@ranzcp.org; www.ranzcp.org; www.wpa2007melbourne.com

Третий международный конгресс

“Мозг и поведение”

28 ноября – 2 декабря 2007 г., Салоники, Греция

Kfount@otenet.gr; www.psychiatry.org

ИЗ ДОСЬЕ ЭКСПЕРТА

Дух ксенофобии в СПЭ. “Понаехали тут всякие...”

Молодая женщина с Украины приехала вместе с двумя детьми в Московскую область, где к тому времени уже работал ее муж. Будучи высококвалифицированной медсестрой и от природы добросовестной и работящей, она устроилась в местную больницу, а потом и еще в одну. Денег вроде бы хватало, но жить было негде, приходилось снимать квартиру. Сердобольные соседи пожалели: “Тут у нас есть одна бабушка, болеет тяжело, ходить не может. Родственников у нее нет, одна только двоюродная сестра, да и той она не нужна. Может, поможешь ей, а она на тебя завещание оформит?”. Светлана познакомилась со старушкой и ее двоюродной сестрой, которая как раз собиралась очередной раз оставить ее. “Мне она не нужна, и дом ее не нужен, ухаживай!”, — сказала сестра. Старушка оказалась более осторожной: “Я сначала посмотрю, как ухаживать будешь. Может, ничего тебе и не оставлю”. Светлана была женщиной добросовестной, ухаживала на совесть, а когда поняла, что тяжело, вызвала с Украины мать, чтобы помогала. Вдвоем, с помощью мужа, следили и за старушкой, и за домом, и за хозяйством. Через полгода было оформлено завещание. Бабушка была так довольна заботой, которой ее окружили, что хотела оставить Светлане и свою московскую квартиру, однако та категорически отказалась. Местный участковый, зная о частых злоупотреблениях с жильем, решил сам проверить, все ли благополучно, понимает ли бабушка, что делает, не оказывают ли на нее давление. Убедившись, что все в

порядке, успокоился, знал, что бабуся в надежных руках: если нужно и врача вызовут, и на консультацию отвезут. Так все и шло, пока бабушка не умерла. Приехавшая на похороны сестра подтвердила, что ей ничего не нужно, однако когда подошло время для вступления в наследство, заявила, что ее родственница давно психически нездорова и, оформляя завещание на С. Березину, не понимала значения своих действий. Светлана была уверена, что легко решит дело в судебном порядке, поскольку все было очевидно: бабушка никогда психически не болела, до самой смерти была в здравом уме и твердой памяти, в поселке было множество свидетелей, знавших ситуацию и готовых подтвердить, как Светлана ухаживала за старушкой. Однако нашлись свидетели и с другой стороны...

Вопиющая тенденциозность, явно ксенофобического толка, характеризовала не только экспертное заключение, но и судебное решение, и отказ в удовлетворении кассационной жалобы. Когда адвокат гражданки Украины С. Березиной неожиданно не приехал на судебное заседание по болезни, и Светлана просила отложить суд, ее просьба была проигнорирована. И когда, оставшись одна, она разволновалась, ей стало плохо, и она потеряла сознание, суд продолжался в отсутствие ответчицы и ее адвоката (!), а в протоколе судебного заседания появилась запись: “покинула зал судебного заседания”.

Разъяснения специалистов относительно посмертной экспертизы С-вой Н. А., 1934 г. рожд.

Настоящие разъяснения даны 8 мая 2007 г. нами, по запросу адвоката Туринской Марии Михайловны на основании представленных ею ксерокопий:

1) заключения комплексной судебной психолого-психиатрической комиссии экспертов от 2 февраля 2007 г. № 15/з Государственной научного центра социальной и судебной психиатрии им. В. П. Сербского в составе к.м.н. Гусинской Л. В., проф. Харитоновой Н. К., Бессоновой Т. Д. и Королевой Е. В.;

2) медицинской карты амбулаторного больного С-вой Н. А. Никольской поликлиники, пос. Кубинка Одинцовского р-на Московской области,

для ответа на вопросы:

1) насколько научно обоснованными являются выводы посмертной экспертизы С-вой Н. А.?

2) возможно ли дать оценку психическому состоянию С-вой Н. А. на момент составления ею последнего завещания на основании имеющихся данных?

Заключение написано на 10 страницах, из которых 1,5 страницы занимает вводная часть, 2,5 страницы — изложение обстоятельств дела и медицинской документации, 5 стр. — показания свидетелей и 3/4 страницы — выводы с обоснование.

В нарушение Инструкции Минздрава России от 12.08.2003 г. “Заключение СПЭ”, заключение не содержит систематизации, квалификации и интерпретации приводимых в констатирующей части данных. В данном случае следовало сделать это отдельно для данных медицинской документации и отдельно для показаний свидетелей. Ничего этого в заключении нет. В результате, большой противоречивый массив данных никак не упорядочивается, не разъясняется, не анализируется, а сразу бегло проговаривается в кратких выводах. Тем самым грубо нарушены фундаментальные пункты Инструкции 2.3.16 и 2.3.17.

В контрасте с неоправданно частой в последние годы формулировкой “*в связи с отсутствием объективных данных о психическом состоянии в интересующий суд период и противоречивостью свидетельских показаний, ответить на вопрос суда ... не представляется возможным*”, мы сталкиваемся в данном экспертном заключении с прямо противоположной крайностью: в случае, где противоречивость свидетельских показаний налицо, она не замечается, а наличие объективных медицинских свидетельств игнорируется. Вместо этого, вопреки имеющимся объективным данным эксперты с ничем не обоснованной уверенностью занимают сторону истицы. Излагаемая ими версия совершенно не считается с мнением врачей, непосредственно наблюдавших С-ву Н. А. Что касается свидетельских показаний, то они распределяются фактически поровну: 7 со стороны истицы и 8 со стороны ответчицы. Они рисуют нам две противоположные версии.

Первая версия: гражданка Украины со своим мужем, к которым милиции следует принять меры, воспользовались беспомощным состоянием подэкспертной, пока проживавшая с ней в последнее время ее двоюродная сестра Б-ва Л. Н. находилась на лечении в больнице, составили завещание в свою пользу и, оказывая на подэкспертную психологическое давление и злоупотребляя ее доверием, заставили подписать его, тогда как она не понимала значения своих действий, находясь в старческом слабоумии, не узнавая знакомых.

Вторая версия: в силу “натянутых отношений” с Б-вой Л. Н., подэкспертная просила найти ей хороших людей, которые ухаживали бы за ней, и она завещала бы им дом. Согласно этой договоренности, Березина С. Ю. попросила приехать свою мать и вместе с ней и мужем осуществляли уход за подэкспертной и следили за ее хозяйством.

Согласно объективным данным самой констатирующей части, известно, что завещание было составлено спустя две с половиной недели после выписки Б-вой Л. Н. из больницы, где она находилась с 1 по 27 декабря 2004 г. Спустя 4 дня после составления завещания подэкспертную навещал терапевт, т.е. 18.01.2005 г., а затем 18.04.2005 г.; 13.05.2005 г. ее

посетил кардиолог. В их записях в медицинской карте амбулаторного больного нет никаких упоминаний о слабоумии, дезориентировке, неузнавании, неопределенности, беспомощности, неадекватности. Между тем, это обязательно было бы отмечено, т.к. такие характеристики врачу тотчас заметны и находятся в сфере непосредственной ответственности врача.

Как быть в случае такой противоречивости версий свидетельских показаний? — Проанализировать на предмет соответствия имеющимся датам и другим объективным данным, выделить явно неадекватные гиперболы и присочиненные подробности. Например, когда про 71-летнюю женщину утверждается, что у нее старческое слабоумие, что вся ее сорочка была перемазана испражнениями, что она не узнавала знакомых, т.е. признаки, заметные всем, то прежде чем опираться на эти сведения, экспертам следовало рассмотреть показания другой стороны, несовместимые с этими данными, и выделить среди имеющихся нейтральные непротиворечивые данные. Из всех 15 свидетелей нейтральными можно с полным основанием признать только трех: врача поликлиники Попова Е. В., который периодически навещал подэкспертную на дому, участкового уполномоченного Анисимова Д. А. и свидетельницу Лушкину Л. Р.

Врач Попов Е. В. “сообщил, что не помнит, в каком году Березина пригласила его провести осмотр С-вой Н. А., а также назначить ей лекарство, сделать инъекцию в колено”. Такое свидетельство дышит достоверностью, в отличие от точных датировок других свидетелей спустя полтора года событий. Но мы знаем, что это могло произойти только в 2005 году, т.к. в начале 2004 г. Березина С. Ю. и С-ва Н. А. еще не были знакомы. Наконец, это свидетельство, подтверждающее заботу Березиной С. Ю. о С-вой Н. А.

“Попов Е. В. пояснил, что С-ва Н. А. была психически нормальным человеком, разговаривала, ориентировалась правильно”.

Участковый уполномоченный Анисимов Д. А. “суду пояснил, что сделал выезд к С-вой Н. А., чтобы удостовериться, действительно ли она давала согласие на регистрацию Березиной С. Ю. по месту пребывания. С-ва пояснила свидетелю, что Березина С. Ю. осуществляла за ней уход. Свидетель пояснил, что у С-вой Н. А. были “проблемы с ногами”, плохо ходила, постоянно находилась в кровати, но вела она себя адекватно, внятно разговаривала” (л.д. 74 – 75).

Спокойным объективным тоном отличаются также показания свидетельницы Лушкиной Л. Р., которая сообщила важную подробность: “С-ва Н. А. попросила ее найти человека, который осуществлял бы за ней уход в связи с тем, что у нее были “натянутые отношения с Б-вой Л. Н.” (л.д. 51).

Заключение экспертов — в соответствии с определением суда — названо комплексным психолого-психиатрическим, однако по существу таковым не явля-

ется. Участие психолога фактически отсутствует, т.к. ограничивается подписью под актом и формальным упоминанием в следующих нескольких строчках заключения: “Как показывает клинично-психологический анализ материалов гражданского дела и медицинской документации, в юридически значимый период — подписание завещания 14.01.2005 г., у С-вой Н. А. в условиях психотравмирующей ситуации, обусловленной беспомощностью, отсутствием ухода, госпитализацией единственного для нее близкого человека отмечалось углубление имевшихся психических расстройств, выразившихся в нарушении ориентировки в окружающем, присоединением тревоги (страх остаться одной), нарушением смыслового восприятия и адекватной оценки ситуации со значительным снижением возможности противостоять давлению окружающих, нарушением критических и прогностических функций, что лишало ее способности осознавать юридическую суть и социальные последствия своих действий, самостоятельно принимать решения, поэтому в указанный период, она была неспособна к свободному волеизъявлению и не могла понимать значение своих действий и руководить ими”.

Мы видим, что психологическая часть растворена в психиатрической, а не выделена, как это предписано Инструкцией Минздрава России (4.3.1 и 4.3.5): “4.3.1. Исследовательская часть каждого из взаимодействующих экспертов в полном объеме (до изложения выводов любого из них или объединенных выводов) выделяется особо и подписывается экспертом, ответственным за ее составление”. “4.3.5. Каждый эксперт, участвующий в производстве комплексной экспертизы, подписывает ту часть заключения, которая содержит описание проведенных им исследований”.

В тексте заключения клинично-психологического анализа нет.

Приведенный текст грубо противоречит самому элементарному факту: Березина С. Ю. была реально приглашена для ухода с предварительной договоренностью о завещании дома с октября 2004 года, тогда как Б-ва Л. Н. находилась в больнице с 1 по 27 декабря 2004 года. Завещание на Березину С. Ю. было составлено спустя две с половиной недели после этого. Таким образом, приглашение Березиной С. Ю. было связано не со стационарированием Б-вой Л. Н., а с упоминаемыми свидетельницей Лушкиной “натянутыми отношениями” С-вой с Б-вой. Поэтому называть Б-ву единственным близким человеком, чье стационарирование создало психотравмирующую ситуацию, психологически совершенно неоправданно.

В нарушение общепринятого приоритета медицинской документации перед свидетельскими показаниями, с доказательства ограниченного значения которых началась сама психология свидетельских показаний, эксперты сразу без всякого анализа и обо-

снований становятся на сторону истицы и опираются только на показания в ее пользу, полностью игнорируя записи в медицинской карте и явно гротескный перебор трактовок одной стороны, которые — соответствуй они действительности — не могли бы пройти незамеченными и остаться незафиксированными консультировавшими С-ву врачами до и после составления завещания (06.10.2004 – 18.01, 18.04, 13.05.2005). Причем, приоритет дается показаниям, которые, как показано выше, не в ладах с датами, противоречат им. Не только причина приглашения Березиной делается необъяснимой, второе завещание от 13.10.2004 г. в пользу Б-вой оказывается под ударом тех же доводов о слабоумии С-вой, так как оно написано за два месяца до последнего завещания и через неделю после оформления первой группы инвалидности по общему заболеванию. Хорошо видно, что С-ва в октябре 2004 года, отписав все свое имущество, в том числе не только квартиру, как в первом завещании, но и дом в том же поселке Кубинка, уже в том же месяце была вынуждена пригласить для ухода Березину. Видимо, она оказалась в роли Лира, и ее отношения с Б-вой испортились.

Соматически тяжело больной, но психически здоровый человек на наших глазах превращается в тяжелого психически больного за счет умозрительных трактовок, противоречащих многим фактам. Эксперты сразу ставят С-вой диагноз органического расстройства личности в связи с сосудистым заболеванием головного мозга (F 07.61), который обосновывается для профессионала крайне неубедительным образом: приводятся соматоневрологические симптомы, а единственный психопатологический признак “выраженные когнитивные расстройства в виде интеллектуально-мнестического снижения” не находит отражения в объективных показаниях медицинской документации, а только в гротескных свидетельских показаниях одной стороны. Эксперты искусственно выстраивают из них закономерное усугубление симптоматики, причем, увлекшись, сильно перебирают собственный диагноз и описывают психоорганический синдром. Эта легкость, не обременяющая себя обоснованиями, основывается на психологизации, примеривании на свой аршин. Дело в том, что существо выставленного диагноза — неспособность к прогнозу и планированию — не отсутствуют у С-вой, а просто принципиально другие, чем у соматически здоровых людей: завещать дом за уход, когда полностью беспомощен, стар и не имеешь детей, — совершенно естественный поступок.

Таким образом, в заключении экспертов Центра Сербского полностью отсутствуют систематизация и интерпретация данных медицинской документации и противоречивых свидетельских показаний. В результате, большой противоречивый массив данных без положенного предварительного упорядочивания, разъяснения и анализа

сразу бегло проговаривается в кратких выводах, что грубо нарушает фундаментальные пункты 2.3.16, 2.3.17 инструкции Минздрава России от 12.08.2003 г. “Заключение СПЭ”.

Выводы экспертов целиком основываются на версии истицы, вопреки противоречащим им данным медицинской документации и показаниям половины свидетелей, вопреки грубым фактическим несоответствиям и противоречиям, которые в них содержатся.

Предписанная судом комплексная судебная психолого-психиатрическая экспертиза в данном случае только проимитирована. Она не является таковой ни по форме, ни по содержанию, т.к. участие психолога ограничивается его подписью и одной — двумя строчками заключения. Ни исследовательская часть, ни выводы не содержат положенного разделения психолога и психиатра, что грубо нарушает пункты 4.3.1 и 4.3.5 Инструкции Минздрава России.

Диагноз экспертов является искусственным построением, неправомерной психиатризацией фактически на пустом месте.

Грубое несоответствие инструкции по написанию СПЭ, откровенная тенденциозность выводов, фактическое отсутствие их обоснования, отсутствие всяких признаков соответствия комплексной психолого-психиатрической экспертизе, делает выводы экспертов научно несостоятельными и лишает их доказательной силы.

Между тем, констатирующая часть заключения содержит достаточные сведения для ответа на вопрос о способности С-вой отдавать отчет в своих действиях и руководить ими на момент составления последнего завещания.

Рекомендуется повторная комплексная судебная психолого-психиатрическая экспертиза в другом экспертном учреждении.

*Ю. С. Савенко,
Л. Н. Виноградова*

**XIX Конгресс
Всемирной ассоциации по социальной психиатрии**

21 – 25 октября 2007 г., Прага

was@nda.vsnl.net.in

Рекомендуем:

Лев Литвак

**“ЖИЗНЬ ПОСЛЕ СМЕРТИ”:
ПРЕДСМЕРТНЫЕ ПЕРЕЖИВАНИЯ И ПРИРОДА ПСИХОЗА**
Опыт самонаблюдения и психоневрологического исследования

Изд. 2-е, переработанное и дополненное.

Под редакцией и со вступительной статьей проф. Д. И. Дубровского
М., 2007

*Автор дал научное объяснение своего “околосмертного опыта”,
меняющее традиционное понимание психоза*

Критерии расстройства личности, издержки деинституционализации, накопление лиц с психическими расстройствами в пенитенциарных учреждениях, недобровольная госпитализация

(обзор The Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law, vol. 35, #2, 2007)

В. В. Мотов

В разделе “Редакторские статьи” помещены две статьи. Первая называется: “**Georges Canguilhem и диагноз расстройства личности**”. Автор — Dr. Alec Buchanan, доцент курса права и психиатрии кафедры психиатрии Йельского университета.

Как отмечает автор, вопрос об уточнении критериев диагностики расстройства личности и некоторых парафилий вновь привлек внимание в связи с принятием в ряде штатов законов о “сексуальных хищниках” (sexually violent predators). Современные психиатрические классификации используют в качестве диагностических признаков расстройства личности перечень личностных характеристик. Учитывая, что такие характеристики или черты не являются специфическими, т.к. встречаются и у “здоровых” людей, и надежных сведений об их частоте в популяции нет, критерии диагностики расстройств личности представляются размытыми.

Излагая взгляды французского философа и врача Georges Canguilhem (1904 – 1995) на взаимоотношения между здоровьем и болезнью, автор останавливается на трех посылах Canguilhem, имеющих, по его мнению, отношение к дискуссии о диагностике расстройства личности.

(1) *Количественное отклонение от нормы не есть патология.*

В получившей распространение в XVIII в. концепции патологии, как количественного отклонения от нормы, болезнь определялась не столько через “дис”-функцию, сколько через “гипо” или “гипер”-функцию. В ответ на предположение Claude Bernard о плодотворности гипотезы непрерывности переходов между здоровьем и болезнью, Canguilhem высказал опасение, что отношение к болезни как к состоянию, не имеющему качественного отличия от здоровья, ведет к взгляду, что больной сахарным диабетом отличается от здорового лишь более высоким уровнем сахара в крови. Патологическое состояние — не просто “гипо” или “гипер”- физиологическое и “никакой перечень

симптомов или признаков, или величины отклонения от статистической нормы не может быть основой для определения болезни”. С точки зрения автора, определение должно основываться, скорее, на ненормальности самих механизмов, а не их результатов, при этом каждый из механизмов вряд ли может быть нарушен изолированно, имея в виду их интеграцию в целостном организме. Кроме того, суждение о “психической норме” является в значительной степени ценностным суждением.

(2) *Быть здоровым означает быть способным адаптироваться и преодолевать трудности.* Предполагается наличие “запаса прочности” для адекватного функционирования в условиях изменяющейся внешней среды.

(3) *Процесс адаптации является активным, а не пассивным.* Здоровье, по мнению автора, характеризуется наличием возможности выходить за пределы нормы, переносить нарушения нормы, устанавливать в ответ новые нормы. Ссылаясь на Canguilhem, автор называет это качество “нормативностью” (normativity). Нормативные существа справляются с конфликтами таким образом, что оставляют для себя открытой возможность коррекции своих действий в будущем. “Всякая “нормальность”, ограниченная поддержанием самой себя, враждебная любым изменениям в выражающих ее вещах и не способная адаптироваться к новым ситуациям, не есть здоровье, т.к. лишена “нормативной сути”. Даже больной организм проявляет биологические нормы. В присутствии инфекции более высокий уровень антител — норма. Организм здоров в тех пределах, в которых сохраняет способность адаптировать эти нормы к изменяющимся условиям среды. Когда инфекция разрешится, количество лейкоцитов уменьшится. Патологическое состояние — такое, в котором новая норма не способна к подобному типу приспособления.

Автор указывает на отсутствие гибкости как признак дисфункции личности. По его мнению, в совре-

менных классификациях психических расстройств этот элемент (отсутствие гибкости) выделен недостаточно четко. И хотя, как пишет автор, термин “не поддающийся адаптации” (maladaptive) используется, упор обычно делается на способность индивида функционировать в данных конкретных обстоятельствах, но не на способность гибко реагировать на изменения обстоятельств на протяжении всей жизни и эффективно действовать в разнообразных ролях по мере изменения обстоятельств.

Не оспаривая точку зрения Dr. Buchanan, но рассуждая о “гибкости” и “способности адаптироваться к среде” в широком смысле (“гибкость” и “адаптация” — не медицинские термины и не препятствуют такому рассуждению), рискну предположить: обладай отцы-пилигримы великолепной гибкостью и способностью приспосабливаться к окружающей обстановке Англии 1620 г., не было бы ни Mayflower, ни Thanksgiving Day, ни (страшно подумать) страны, где я провел счастливейший год моей жизни.

Вторая редакционная статья: **“Массовое убийство в Вирджинском техническом университете: точка зрения судебного психиатра”** написана Dr. Emanuel Tanay, профессором психиатрии в медицинской школе Wayne State University, штат Мичиган.

Dr. Tanay отмечает, что апрельская (2007 г.) трагедия с 32 жертвами должна была бы привлечь внимание не столько к психическому состоянию убийцы, сколько к тому положению, в котором оказалась национальная система психиатрической помощи сегодня. По мнению автора, в большинстве комментариев по поводу случившегося не затрагивается важный социальный вопрос — вопрос криминализации психической болезни. Сегодня, продолжает автор, больной с психозом не может быть госпитализирован в недобровольном порядке в психиатрическую больницу (даже если она еще существует) до тех пор, пока его опасность не будет подтверждена “явным действием” (overt act). Однако “явное действие” часто является уголовным правонарушением. Тюремь стали “по умолчанию” учреждениями для лечения психически больных. Система уголовного права устроена таким образом, что включается в действие тогда, когда преступление уже совершено. В недалеком прошлом психиатрическая помощь в значительной степени была ориентирована на профилактику, однако, как пишет автор, **“порочный альянс либертарианцев и финансовых консерваторов осуществил разрушение системы больниц штатов**, которые так верно служили нам со времен Dorothea Dix — поборницы их создания в середине XIX в. Деинституционализация привела к перемещению заботы о больных психозом на амбулаторные учреждения, не имеющие достаточных возможностей для контроля поведения пациентов с выраженными психотическими расстройствами. Продолжительное стационарное лечение стало пережитком прошлого. **Современная практи-**

ка — госпитализировать больного с острым психозом и выписать его после короткого пребывания в стационаре. Такой подход часто **является результатом идеологических и финансовых соображений...**”.

На видеокассете, посланной Cho в телекомпанию NBC в день совершения им преступления, он говорит: “Вы думаете, я хочу это делать? Вы думаете, я миллионы лет мечтал так умереть? Я не хотел этого делать”. Как пишет Dr. Tanay, “крик о помощи”, проявлявшийся нелепым поведением Cho во время трагедии и его странными письмами за годы до этого, остался незамеченным. “Тридцать два человека расплатились своими жизнями за неспособность нашего общества адекватно отреагировать,- продолжает Dr. Tanay, — лежащая в основе этого проблема — система психического здоровья. Само ее название — эвфемизм психиатрической помощи и свидетельство нежелания нашего общества признать существование тысяч граждан, имеющих неизлечимые психические болезни. Потребности людей, имеющих эмоциональные расстройства, поддающиеся лечению психотерапевтическими и медикаментозными методами, отличаются от потребностей тех, кто страдает тяжелыми психотическими расстройствами на протяжении всей жизни. Реальность осложняется ставшим популярным в 1960-е гг. мифом, что люди с тяжелыми психическими расстройствами вообще не являются опасными. Я сталкивался бесчисленное количество раз с убийствами, совершенными людьми, чье поведение вызвало о помощи, но кто получал лишь паллиатив в виде нескольких дней госпитализации”.

Автор обращает внимание, что в старой психиатрической литературе описано много случаев, где насилье являло собой симптом тяжелого психического расстройства, но с фактической ликвидацией системы психиатрических больниц штатов возможность наблюдать и изучать социальное взаимодействие этих пациентов существенно уменьшилась, оказались подорваны основы научных исследований в этой области.

Еще одна цитата из Dr. Tanay: “Система психиатрических больниц штатов верно служила нам, пока, опороченная многими, не пала жертвой пропаганды. Я знаю это из своего жизненного опыта. В период интернатуры в Elgin State Hospital в 1953 г. я встретился с запомнившимся мне пациентом, который был госпитализирован после того, как продемонстрировал свою опасность, ампутировав свой собственный половой орган. Когда я спросил этого пациента, найдя его в Elgin State Hospital уже более двух десятков лет, о причине госпитализации, он ответил голосом, который я никогда не забуду: “Я пришел, чтобы мне поправили ум, но нашел место, где можно жить”. В этом суть старой концепции asylum (историческое название психиатрических больниц в США и Англии, дословно — “убежище”), потребность в которых не исчезла в результате появления современного психи-

атрического лечения. Elgin State Hospital (6000 коек) более не существует. Мое следующее место работы как психиатра - Ypsilanti State Hospital - также более не существует. Функции психиатрической больницы выполняет сейчас Huron Valley Correctional Institution (тюрьма). Так куда ушли все пациенты?"

Читая в разделе "Биография" статью: "**Врач Philip J. Resnick: мастер-преподаватель**" (автор — Dr. James L. Knoll), я вспомнил, как в одну из первых встреч мой учитель американской судебной психиатрии Dr. Richard A. Ratner, спросил, знаю ли я Dr. Resnick. Я ответил, что, к сожалению, ничего не слышал о нем в России. Dr. Ratner заметил, что Dr. Resnick — один из лучших преподавателей судебной психиатрии в Америке, что лекции его незабываемы, и что если когда-нибудь представится возможность послушать Dr. Resnick, ее нельзя упустить.

Dr. Knoll, учившийся у Dr. Resnick, пишет о своем учителе без помпезного славословия, без преувеличенного внешнего выражения чувств — "простота без пестроты".

По большей части, он лишь описывает работу Dr. Resnick, однако, внутреннее восхищение учителем передается читателю. Полученное из статьи впечатление о блестящем преподавателе, великолепном профессионале, остроумном профессоре с незабываемым чувством юмора дополняет фотография: умное лицо, веселые глаза, и улыбка, заставляющая улыбнуться в ответ — Врач Philip J. Resnick.

В рубрике "Специальные статьи" находим работу Dr. Thomas Grisso "**Успехи и опасности на пути движения за реорганизацию уголовной системы для несовершеннолетних и психиатрической помощи подросткам**" (Progress and Perils in the Juvenile Justice and Mental Health Movement).

Как отмечает автор, с конца 1980-х гг. до 1995 г. уровень убийств и нападений при отягчающих обстоятельствах, совершаемых подростками, вырос в США более чем в 2 раза. В ответ на это практически все штаты снизили возрастной порог и существенно расширили перечень преступлений, за совершение которых несовершеннолетний мог быть судим не специализированным судом для подростков, но обычным судом для взрослых. В результате, на протяжении 1995 – 2000 гг. отмечалось ежегодное заметное снижение показателя насильственных преступлений среди несовершеннолетних.

Однако в это же время в подростковом сегменте пенитенциарной системы стала нарастать напряженность из-за переполнения его правонарушителями с психическими расстройствами. Осуществленное в начале 1990-х гг. сокращение финансирования системы местных детских и подростковых центров психического здоровья, управляющихся штатами, привело к коллапсу системы в некоторых регионах. Как отмечает автор, в прессе, и в частности в публикации: Families Face Torturous Trade-Off: Parents Give UP Child-

ren to Ensure Treatment for Mental Illness. Columbus Dispatch. July 28, 2002, р. 3, описывались ситуации, когда матери понуждали своих детей подвергнуться аресту, чтобы с помощью суда для несовершеннолетних получить доступ к психиатрической помощи, недоступной по месту жительства подростка. В федеральном исследовании: Child Welfare and Juvenile Justice: Federal Agencies Should Play a Stronger Role in Helping States Reduce the Number of Children Placed Solely to Obtain Mental Health Services. Washington, DC: U.S. General Accounting Office, Report No. GAO-03-397, April 21, 2003, продолжает автор, обращается внимание, что в некоторых штатах центры предварительного заключения (detention centers) использовались в качестве мест, куда помещались несовершеннолетние, не совершавшие каких-либо действий, за которые они могли быть арестованными, но нуждавшиеся в стационарной психиатрической помощи и ожидавшие там свободного места в психиатрическом стационаре. Согласно данным упомянутого исследования, такая практика имела место в отношении 12.700 подростков в 19 штатах.

Для психиатра, живущего в сегодняшней России, необычными представляются, однако, не столько упомянутые факты, сколько та широта и свобода, с которой они обсуждались и осуждались и в профессиональных изданиях, и в mass media в Америке.

К началу XXI века в общественном сознании на смену представлению о несовершеннолетнем преступнике — "супер-хищнике" пришел образ нуждающегося в лечении подростка с расстроенной психикой. Между тем, как пишет Dr. Grisso, использование нового образа подростка-правонарушителя в качестве основы для реформы системы уголовного права несет в себе опасность. Страстность в защите точки зрения, что находящиеся в пенитенциарных учреждениях несовершеннолетние нуждаются в существенном улучшении психиатрической помощи, без балансирующего эффекта тщательного осмысления того, как это лучше осуществить практически, может причинить больше вреда, чем пользы.

Федеральное правительство разработало систему грантов, на которые могут претендовать штаты, начинающие реформировать систему подростковой психиатрической помощи. В дополнение к этому ряд частных фондов, таких как MacArthur Foundation, Casey Foundation, выделили значительные финансовые средства для реформы системы уголовного права для несовершеннолетних. В результате, как отмечает автор, к 2000 г. нетрудно было найти штаты, где учреждения системы исполнения наказаний получили многомиллионные суммы в дополнение к годовому бюджету.

Согласно проведенным на протяжении 1990-х гг. исследованиям, до 2/3 несовершеннолетних в исправительных учреждениях (ИУ) обнаруживали психи-

ческие расстройства. Идентификация таких подростков стала приоритетом в реформе системы.

Автор статьи (совместно с R. Barnum) разработал тест для первичной оценки психического состояния поступающего в пенитенциарное учреждение несовершеннолетнего — Massachusetts Youth Screening Instrument — Second Version (MAYSI-2). Этот опросник, на заполнение которого уходит не более 10 минут, не является диагностическим инструментом и не требует обработки специалистом. В то же время он позволяет персоналу, не имеющему медицинской и психологической подготовки, определить требует ли, например, тревога, депрессия или суицидальные мысли данной степени выраженности немедленного осмотра подростка специалистом или консультации в плановом порядке.

По данным автора, к 2006 г. с MAYSI-2 работали в 37 штатах. Однако то, как он использовался в некоторых учреждениях, наводит на мысль, что между американцами и русскими, или лучше сказать, между теми американцами и теми русскими, которые работают в пенитенциарной системе, общего больше, чем мы обычно думаем. В одном американском ИУ, например, следуя указанию “каждый несовершеннолетний должен быть тестирован [с помощью MAYSI-2] при поступлении”, этот тест назначался всякий раз, когда несовершеннолетний возвращался в свою секцию учреждения после посещения суда, консультации у врача, посещения родителями и т.д. Некоторые подростки, вынужденные заполнять его по несколько раз каждую неделю, в конце концов, начали проставлять “нет” во всех графах. В результате, показатель отрицательных ответов достиг 40 %, тогда как в большинстве учреждений он был менее 10 %. В другом месте, решив “улучшить” тест, вообще убрали графу с ответами “нет”.

В третьем — после того, как с помощью MAYSI-2 там были выявлены более высокие (в сравнении со средними цифрами по стране в такого рода учреждениях) показатели распространенности психических расстройств, администрация, “для приведения статистики к норме”, решила изменить пороговые оценки в тесте. Некоторые суды, несмотря на предупреждение, что тест MAYSI-2 не является диагностическим и его результаты не могут быть положены в основу каких-то долговременных решений, начали основывать свои выводы на его результатах.

Как пишет автор: “Наиболее очевидный урок из этого опыта состоит в том, что перенос технологий — в нашем случае, предложение об оценке психического здоровья в рамках программы реформы системы уголовного права для несовершеннолетних — должен сопровождаться не просто побуждениями сделать это, но побуждениями сделать это правильно... Если программа не выполняется правильно, результат может быть иногда хуже, чем в случае, если бы вообще ничего не делалось”.

В целом, однако, “исследование влияния результатов скрининга психического состояния, — как указывает автор, — начинает приносить доказательства, что улучшение знаний персонала о психических проблемах подростков создает более безопасную среду в учреждении. Отмечается существенное снижение случаев проявления насилия в ИУ, снижение количества наказаний в виде переводов в одиночные камеры и в ограничительные условия содержания”.

В разделе “Регулярные статьи” находим статью под названием: “Вы осознаете свой риск? Ответственность и освидетельствование третьих лиц в судебном процессе по гражданскому делу” (Do You Understand Your Risk? Liability and Third Party Evaluations in Civil Litigation), написанную психиатром и, по моему мнению, “восходящей звездой” американской судебной психиатрии — Liza H. Gold (клинический профессор психиатрии в медицинском центре Джорджтаунского университета) и юристом John E. Davidson (преподаватель права в юридической школе университета штата Вирджиния). Эта статья представляет безусловный интерес для тех, кто свободно ориентируется в “безбрежном море” американской концепции профессиональной небрежности.

В этом же разделе помещена статья: “Он сказал — она сказала”: Роль эксперта в установлении правдивости заявлений истцов об их сексуальной эксплуатации и нарушении [врачом этических границ] (“He Said — She Said”: The Role of the Forensic Evaluator in Determining Credibility of Plaintiffs Who Allege Sexual Exploitation and Boundary Violations). Авторы: Rene L. Binder — профессор психиатрии и директор программы “Психиатрия и право” в Калифорнийском университете Сан-Франциско и Dale E. McNeil — профессор клинической психологии в том же университете. Место, которое Dr. Binder занимает в американской судебной психиатрии, вероятно, сопоставимо с занимаемым Тамарой Павловной Печерниковой в российской.

В статье анализируется ряд случаев не подтвержденных доказательствами (например: отсутствие физического вреда или свидетелей) утверждений истцов о неподобающем сексуальном поведении ответчиков. В рассматриваемых примерах истцы и их адвокаты хотели бы, чтобы судебный психиатр или психолог помог установить, кто (истец или ответчик) говорит правду. Хотя, как подчеркивают авторы, окончательное решение вопроса о правдивости показаний — компетенция жюри присяжных или судьи, эксперт в области психического здоровья может снабдить суд важной информацией: например, исключить альтернативные объяснения событий, основывающиеся на наличии психопатологической симптоматики, выявить непоследовательность в показаниях, наличие когнитивных проблем, склонность к преувеличениям или существовавшую до события гипер-реакцию на поступки окружающих. Кроме того, эксперт способен

помочь суду в оценке соответствия предъявляемых истцом симптомов тем, которые, обычно, возникают у реального потерпевшего в ответ на подобное событие. Знания об этом могут основываться как на собственном клиническом опыте психиатра или психолога, так и на сведениях из профессиональной литературы. Авторы видят одну из задач эксперта в том, чтобы объяснить суду, что одно и то же событие может иметь разные психологические последствия для разных истцов. К обстоятельствам, влияющим на результаты стрессогенных событий, могут быть отнесены: психологические проблемы, имевшиеся у истца до анализируемого события, наличие сопутствующих стрессогенных факторов, наличие или отсутствие систем поддержки (семья, друзья и т.д.), употребление алкоголя и наркотиков, общая устойчивость к внешним воздействиям.

Эксперт может также помочь в установлении причинно-следственных связей между обсуждаемым событием и актуальным психическим состоянием истца. По мнению авторов, хотя наличие определенных симптомов может быть важным при установлении вреда, утверждение, что характер симптомов демонстрирует их причинную связь с обсуждаемым событием, является спорным. Когда у истца появляются реальные симптомы после события, о котором стороны дают противоречивые свидетельства, а подтверждающие доказательства отсутствуют, означает ли появление таких симптомов у истца, что он точно интерпретирует события? Такое допущение подразумевается в вопросе, который может быть задан эксперту в суде: “Если события не было, почему в таком случае появились симптомы”? Авторы обращают внимание, что, с клинической точки зрения, восприятие себя, как пострадавшего, как жертвы, может вести к появлению симптомов подобных тем, которые развиваются у лица, в действительности ставшего жертвой травмирующего психику события. Например, если женщина чувствует себя не способной предотвратить сексуальный контакт, у нее могут развиваться симптомы, подобные тем, что развиваются у женщины, в действительности подвергшейся сексуальному насилию, такие как, ощущение, что ее предали, страх, смущение, чувство вины, тревога, депрессивный фон настроения и т.д. С клинической точки зрения, симптомы, отмечающиеся у жертвы, основываются на ее восприятии события. Симптомы, связанные со стрессом, определяются внутренним психологическим переживанием события. Авторы указывают, что само по себе наличие или отсутствие симптомов не может рассматриваться в качестве надежной основы для определения, соответствует ли событие юридическим критериям изнасилования, сексуального домогательства или является нарушением этических границ в отношениях между врачом и пациентом, и является ли предполагаемый правонарушитель виновным.

Такая позиция согласуется с правовым скептицизмом в отношении утверждения, что наличие синдрома (например, синдром травмы изнасилования) доказывает наличие события (изнасилование).

В то же время, как отмечают авторы, даже при наличии у истца расстройств психотического уровня, когнитивных проблем, непоследовательности изложения нельзя исключить возможность, что событие происходило именно таким образом, как это описывает истец.

В этом же разделе опубликована статья Dr. Robert A. Brooks “**Мнение психиатров о недобровольной психиатрической госпитализации: Результаты национального опроса**”. В ее основу положены результаты проведенного автором анализа ответов 739 американских психиатров, представляющих все штаты США и Федеральный округ Колумбия. К 2002 г. во всех 50 штатах и округе Колумбия наличие у лица психической болезни и опасности для себя или окружающих являлось основанием для недобровольной психиатрической госпитализации (при этом определение терминов “психическая болезнь” и “опасность” в разных штатах могло различаться). В 49 штатах недобровольная психиатрическая госпитализация осуществлялась также на основании неспособности психиатрического пациента заботиться о самом себе (grave disability).

16 штатов недавно пересмотрели законодательство и ко времени проведения исследования открыли возможность (при соблюдении некоторых дополнительных условий, таких, например, как обязательное наличие предшествующих психиатрических госпитализаций или вероятность появления критерия “опасности” при обострении болезни) недобровольного помещения в психиатрический стационар на основании обострения психической болезни (relapse) или общего ухудшения психического состояния (deterioration). В 2001 г. только один штат (Южная Каролина) разрешал без каких-либо дополнительных условий психиатрическую госпитализацию в недобровольном порядке лица, страдающего психическим заболеванием и “нуждающегося в лечении”.

В одиннадцати штатах возможно недобровольное помещение в стационар, основанное лишь на наличии зависимости от наркотических веществ (без доказательства опасности), в восьми — на основании зависимости от алкоголя (также без доказательства наличия опасности). 41 штат и округ Колумбия предусматривают возможность недобровольного амбулаторного психиатрического лечения.

Отвечая на вопрос, какие психические расстройства следовало бы включить в понятие “психическая болезнь” для целей недобровольной психиатрической госпитализации, американские коллеги указали на “психоз” (62,9 % опрошенных), “биполярное расстройство” (54,0 %), “большое депрессивное расстройство” (51,9 %), “все расстройства, перечислен-

ные в DSM-IV”(35,8 %), “расстройство личности” (16,8 %).

Практически все ответившие поддержали в качестве основания для недобровольной психиатрической госпитализации опасность психиатрического пациента для себя или других; почти 90 % — неспособность заботиться о самом себе; 51,6 % — “обострение психической болезни”. Последняя цифра заметно контрастирует с исследованием 1969 г. (Steinmark L., Nagel S. The Impact of Due Process Rules on Commitment Proceedings. Unpublished manuscript. Chicago, IL: University of Illinois, 1969), где лишь 10 % опрошенных психиатров поддержали недобровольное помещение в психиатрический стационар на основании только психической болезни.

Отвечая на гипотетический вопрос, психиатры продемонстрировали тенденцию предпочтения “медицинского” основания (психическая болезнь плюс польза от стационарного лечения) для недобровольной госпитализации. В то же время, по мнению автора, восприятие психиатрами правового принуждения как вещи несовместимой с терапевтическими отношениями врач-пациент, может, по крайней мере, частично, мотивировать некоторых психиатров в пользу выбора более ограниченных оснований для недобровольной психиатрической госпитализации.

На публикации Steven R. Erickson JD, LL.M, PhD, J. Richard Ciccone, MD, Steve B. Schwarzkopf, MD et al: “Юридические заблуждения в отношении антипсихотических препаратов” (Legal Fallacies of Antipsychotic Drugs) в разделе “Анализ и комментарии” я хочу остановиться более подробно.

Dr. Erickson — юрист, научный сотрудник Йельского университета. Dr. Ciccone — руководитель программы “Психиатрия и право” и профессор психиатрии в медицинском центре University of Rochester, штат Нью-Йорк Dr. Schwarzkopf — доцент того же университета.

Авторы, анализируя ряд решений Верховного Суда США и судов штатов (Sell v. U.S. (2003), Riggins v. Nevada (1992), Singleton v. Norris (1997), Washington v. Harper (1990), In re Guardianship of Roe (1981) и др.), отмечают устойчивость отношения немалого числа судей к антипсихотическим препаратам как к “изменяющим психику лекарствам”, продуцирующим “искусственное здравомыслие” (“synthetic sanity”). Кроме того, продолжают авторы, многими учеными-юристами активно поддерживается точка зрения, что прием обвиняемым антипсихотических препаратов в процессе суда над ним не позволяет присяжным увидеть его “истинное” поведение.

В деле Singleton v. Norris (1997), суд рассмотрел вопрос о том, может ли приговоренному к смертной казни, и в последующем утратившему способность понимать существо приговора и свое актуальное положение, проводиться недобровольное лечение психотропными препаратами с целью восста-

новления такой способности. Большинство суда высказалось в том смысле, что подобная практика не является нарушением Конституции. Выразивший несогласие с мнением большинства судья Heaneu писал в своем особом мнении, что восстановленная таким образом способность будет “искусственной”, т.к. “...антипсихотические препараты лишь *маскируют* болезненные симптомы...” и “способность, восстановленная с помощью лекарств, не то же самое, что “естественная” способность”. Авторы рассматривают также Rise v. Mary’s Hosp. & Med. Ctr. (1989), где дееспособная больная с шизофренией отказывалась от приема назначенных ей антипсихотических препаратов, утверждая, что Конституция штата Калифорния предоставляет ей такое право. Судья Kline, формулировавший решение большинства суда, указал, что при отсутствии юридически установленной недееспособности, для проведения лечения антипсихотическими препаратами необходимо информированное согласие пациента, подчеркнув, что такие препараты “изменяют психику” и “обладают значительным потенциалом для подрыва воли индивида и способности управлять самими собой”.

Признавая, что защита прав человека и индивидуальных свобод является важной функцией судов, и что антипсихотические препараты обладают разнообразными и многочисленными побочными действиями, авторы, тем не менее, особо подчеркивают, что отношение к антипсихотическим препаратам как к средствам “контроля психики”, нарушающим самостоятельность человека свидетельствует о “фундаментальном непонимании роли этих спасающих жизни миллионов людей лекарств. Более того, утверждение, что антипсихотические препараты нарушают познавательные функции у лиц с психозами, прямо противоречит данным огромного количества научных исследований, которые демонстрируют совершенно противоположное — что эти лекарства улучшают познавательные функции”.

Далее авторы, анализируя более 160 публикаций (преимущественно за 2002 – 2006 гг.) в ведущих профессиональных англоязычных научных журналах, приводят доказательства нарушения когнитивных процессов при шизофрении, роли N-metil-D-aspartat (NMDA) — рецепторов в функциях памяти, обучении, обработке сенсорной информации, координации движений и ряде др. и связи ингибции NMDA-рецепторов и GABA-нейронов с глутаматовой дисрегуляцией, которая, как предполагается, ведет к допаминовой гиперактивности, что, в свою очередь, приводит к нарушению функции нейронов. Снижение объема серого вещества в лобных долях, увеличение латеральных желудочков, атрофические изменения в височных и префронтальных долях, значительная редукция нейронов (post mortem) в таламусе, nucleus accumbens и GABA-эргических нейронов во II, III, V, VI слоях коры головного мозга в области передней цин-

гулярной извилины — неполный перечень структурных изменений в мозге больных шизофренией, позволяющих, по мнению авторов, поддержать гипотезу о шизофрении, как атипичном нейродегенеративном процессе.

К наиболее важным научным достижениям в области исследования шизофрении последних лет авторы относят доказательные данные о когнитивных нарушениях, таких, например, как неспособность быстро сканировать окружающую среду и извлекать при этом необходимую информацию, снижение общей готовности к решению определенной задачи, снижение селективного внимания (способность выбирать один источник сенсорных сигналов, не обращая внимание на другие), латентного торможения (способность приспосабливаться к изменяющимся правилам, которые придают значение стимулу), а также нарушения памяти и способности управления поведением.

Раздел статьи, в котором авторы описывают нарушения памяти при шизофрении, начинается со следующей фразы: “Impairment of the ability to learn and recall information from past events is a hallmark feature of schizophrenia” (Нарушение способности узнавать и вспоминать информацию о прошлых событиях является характерной особенностью шизофрении). При этом авторы упоминают две работы: Green MF, Nuechterlein KH, Gold JM et al: Approaching a consensus cognitive battery for clinical trials in schizophrenia: the NIMH-MATRICES conference to select cognitive domains and test criteria. *Biol. Psychiatry* 56: 301-7, 2004 и Lencz T, Smith CW, McLaughlin D, et al: Generalized and specific neurocognitive deficits in prodromal schizophrenia. *Biol Psychiatry* 59: 863-71, 2006.

Нарушения памяти традиционно рассматривались практикующими психиатрами как один из важных диагностических признаков, позволяющих дифференцировать “органическое” и “неорганическое”. Ни в DSM-IV ни в сегодняшней ее версии DSM-IV-TR (2000), ни в ICD-10 мы не найдем никаких упомина-

ний о нарушениях памяти как характерном расстройстве при шизофрении. В ICD-10 можно найти лишь замечание о том, что с течением времени при шизофрении может отмечаться определенное когнитивное снижение¹, а также, что новейшие исследования мозга с помощью СТ, ПЕТ, МРІ показали, что “мы более не знаем что называть “органическим”², и что создатели ICD-10 одно время рассматривали термин “когнитивный” в качестве возможной замены термина “органический”, но так и не решились на такую замену.³

Может быть, клиницисты и исследователи имеют в виду разные вещи, когда говорят о памяти? Похоже, что так. Авторы отмечают, что предполагаемые нарушения памяти при шизофрении включают в себя, к примеру, дефицит рабочей памяти (working memory), при этом они дают следующее определение working memory: “Working memory is the process of actively holding information in consciousness and manipulating it in service of guiding behavior” (Рабочая память — процесс активного удержания информации в сознании и манипуляции ею для обеспечения управления поведением). Для клинициста такое определение, в особенности вторая его половина, — скорее, определение мышления, чем памяти, и если заранее не определиться в терминах, можно долго и бесплодно дискутировать о том, являются ли, например, галлюцинации нарушением восприятия или мышления, или свидетельствуют ли конфабуляции о нарушениях памяти или мышления, и возможно ли вообще искусственное разделение целостной психики на отдельные элементы и т.д.

В заключение замечу, что растущий интерес исследователей к изучению когнитивных функций при шизофрении отмечается на фоне общей активизации усилий по укреплению “биологического фундамента” психиатрии, что может свидетельствовать о стремлении коллег оставить позади продолжавшуюся несколько десятилетий эпоху “психологизации” психиатрии.

¹ Pocket guide to ICD-10 Classification of Mental and Behavioral disorders with Glossary and Diagnostic Criteria for Research. World Health Organization Geneva. American Psychiatric Press Inc. 1994 at 92.

² Ibid, at 348.

³ Ibid.

ОБСУЖДЕНИЕ РЕФОРМЫ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ

На подступах к реформе на опыте Приморского края

(отрывок из письма с разрешения автора)

А. А. Коломеец (Владивосток)

Думаю, что главной задачей реформ здравоохранения в целом и психиатрии в частности государство ставит урезание реальных средств и стремление снять с себя бремя ответственности за здоровье населения. Эта задача, по понятным причинам, не провозглашается, но имеется в виду. Возможно, это мои “галлюцинации”, но в последнее время ничего хорошего, в смысле поддержки психиатрии, я от органов управления не жду, и не заметил. Само слово “реформа” еще не есть ее содержание, а нас до сих пор держат в неведении относительно основных составляющих пресловутой реформы. Ведь даже концепция реформы, если она вообще существует в голове министра, не оглашается или строго засекречена. Полагаю, что коррективы и доработки нужны той реформе, которая хотя бы прописана (продумана). Но такой нет, а какая реформа грянет, мы не знаем, а только догадываемся.

А вообще, провозглашение реформ в нашей стране — это еще не начало реформирования. (У нас много чего провозглашали, начиная от земли — крестьянам и фабрик — рабочим и заканчивая открытым и демократичным обществом). Помните у М. Жванецкого? “Войти в ремонт — это еще не значит его начать”.

Началось “мотание нервов” под лозунгом “Реформирование психиатрической службы”. Сначала нас известили, а потом неоднократно повторяли, что коечный фонд будут сокращать. Потом предложили поделить койки на “интенсивные”, “долечивания” (надо полагать, реабилитационные) и сестринского ухода. Особых пояснений не последовало — наше руководство и само мало представляет, что нужно делать в рамках реформы.

Начнем с последних — коек сестринского ухода. До последнего времени представлялось, что такие койки нужны для хосписа, т.е. для умирающих больных. Но этих коек для онкологии или, скажем, для неврологии не выделяется. А хосписы создаются на пожертвования или их делают платными. А сестринские койки в структуре психиатрической службы, по моему мнению, являются прототипом интернатов для больных с выраженными “негативными” психическими

расстройствами. Однако нам главный психиатр департамента здравоохранения администрации края предлагает 30 – 40 % коечного фонда сделать койками сестринского ухода. Понятно, что это позволит существенно сократить финансирование больниц, но не приведет к повышению качества помощи. Но дальнейших движений по раздельному финансированию “дифференцированных” на три группы коек также не последовало.

Койки “долечивания” в интерпретации управленцев являются фондом полустационаров. Они, конечно же, необходимы, эти полустационары, но я не тешу себя иллюзиями по поводу благих намерений. И здесь, я полагаю, главной задачей является сокращение расходов на психиатрию. Наши чиновники либо наивны, либо циничны, но, скорее всего, представляют смесь этих качеств.

Реально осуществлять добротную реабилитацию в настоящее время психиатрическая служба не может. Миру давно известно, что для этого требуется даже больше средств, чем для простых общепсихиатрических отделений. Не говоря уже о том, что необходимы подготовленные для работы с психически больными клинические психологи, психотерапевты и специалисты по социальной работе. Таких в большинстве мест, как мне известно, раз — два и обчелся. К тому же хорошо бы иметь этих специалистов в штате учреждений, оказывающих психиатрическую помощь. Ну не идут они в психбольницу потоками. Хотя даже во Владивостоке имеется как минимум три университета, выпускающих психологов, и два — специалистов по социальной работе.

Психотерапевты — отдельная тема. У них в настоящее время “медовый” даже не месяц, а неопределенно долгий период овладения денежными средствами россиян (“лезу в голову — дорого”). Потому большая психиатрия их будет ждать еще очень долго.

Бригадный метод потому и не прививается, что его некому прививать. Психиатры так и остаются наедине с пациентами. К тому же, психиатры из всех членов гипотетической бригады имеют специальную подготовку. А других специалистов, во-первых, не го-

товят, и, во-вторых, они не хотят работать в системе психиатрической службы.

Кстати, известно ли Вам место, где осуществляют более или менее добротную подготовку специалистов по социальной работе, психологов и психотерапевтов для работы в учреждениях, оказывающих психиатрическую помощь, а также обучение бригадным подходам в психиатрии? Не по методическим же рекомендациям НИИ психиатрии готовиться энтузиастам.

Сокращение коек у нас идет, но тихо. Так на собрании общества узнаешь, что отщипнули в Уссурийске 100 коек. У нас во Владивостоке в прошлом году ликвидировали 10 коек, но намерены сократить до 150 – 250 “интенсивных” коек (у нас 510 общепсихиатрических коек). Эти планы проговариваются устно работниками департамента здравоохранения. К сожалению, главный психиатр после сложения полномочий председателя правления общества психиатров посетил наше собрание лишь один раз, да и то, чтобы прочитать сообщение об очередном нейролептике, выпускаемом на наш рынок.

Материально-техническая база наших психиатрических учреждений не выдерживает никакой критики, особенно во Владивостоке. Здесь в любой момент может завалиться стена здания, где размещены четыре стационарных отделения, а также перекрытие, сооруженное из бревен при строительстве в 40-х годах прошлого столетия. О площадях можно сказать просто — 1,7 кв. м. на одного больного. Мастерских, общежитий и иных помещений нет. В поликлинике (диспансере) врачи работают по двое в одном кабинете. Потому реабилитацию можно проводить в ординаторской или на чердаке.

О заработной плате, полагаю, здесь и говорить не стоит.

Очень даже показательны действия власти относительно так называемого дополнительного лекарственного обеспечения (ДЛО). Сначала лекарств не всем хватало, т.к. поставлялись они с перебоями и по

завышенным ценам. Потом ограничили сумму, на которую можно выписать рецепты на месяц. Врачам разрешили выписывать на сумму до 500 руб., КЭК — до 2 тыс., а больше — утверждать в управлении. Это закрепили приказом по департаменту здравоохранения. Но уже через месяц этот приказ отменили, т.к. устно потребовали выписывать медикаментов не более, чем на 390 руб. на месяц. Само собой, пригрозили экзаменом на категорию тем врачам, которые ослушаются, а главным врачам — административными мерами. Вот и ушли в прошлое атипичные нейролептики вместе с новыми поколениями антидепрессантов. А все — потому что чиновникам нужно сократить расходы на население и увеличить свои доходы. В этих условиях и 390 руб. представляются чрезмерной и временной суммой. Я обращался к коллегам на собрании общества с предложением обсудить этот вопрос, но те, кому приходится выписывать рецепты для льготных категорий больных, заявили, что своя шкура им ближе к телу и они будут выполнять распоряжение департамента и главного врача. А честь и достоинство в нашем обществе, видимо, действительно становятся бранными словами.

И представляете, какое раздражение вызывают разглаживания чиновников о реформировании психиатрии, социально-психологической реабилитации и бригадных методах. Синдром выгорания очень даже выражен у большинства коллег. А молодые доктора после интернатуры в большинстве покидают стены нашей психиатрической больницы. Впрочем, я бы давно отсюда ушел тоже, если бы не профессиональные интересы. Сделать что-то негосударственное не удастся, т.к. аренда помещений чрезвычайно дорогая.

Может, я и сгустил краски, но не думаю, что очень сильно. Ибо на те деньги, которые выделяются и попадают в здравоохранение и психиатрию, можно оказывать только первичную медицинскую помощь и “пиарить” чиновников из правительства.

Виктор Тополянский

СКВОЗНЯК ИЗ ПРОШЛОГО

М. — СПб., 2006

Книга о формировании тоталитарной медицины —
порождения и орудия советской власти

Реформирование психиатрической службы. Опыт США И Европы¹

(обзор реформ в психиатрии в США и Европе, предпосылки, сущность реформ, проблемы на пути их реализации, результаты реформ, планы на будущее)

Л. А. Цыганок (Владивосток)

Фон, на котором происходила деинституционализация

В 50-х годах в ряде стран (Англия, США, Канада, Германия, Италия) началось антипсихиатрическое движение, были проведены экспертные проверки психиатрической службы, которые сделали достоянием гласности случаи злоупотреблений в психиатрии и пренебрежения правами пациентов, это способствовало формированию негативного отношения к стационарному лечению психически больных. Определенную роль сыграли изменение в образе мышления психиатров-практиков, социологическая литература, в которой высказывались критические замечания в адрес психиатрических учреждений. Политики надеялись, что благодаря реформам удастся уменьшить количество стационарных коек и сократить расходы.

Реформу в психиатрии в середине прошлого века принято называть деинституционализацией. **Деинституционализацию** можно определить как замену длительного пребывания в психиатрической больнице кратковременными, менее изолирующими методами оказания медицинской помощи психически больным людям по месту жительства. Деинституционализация предполагала трехкомпонентный процесс:

– перевод пациентов, живущих в психиатрических больницах, на альтернативные виды помощи по месту жительства;

– предотвращение возможных случаев поступления в стационар и направление пациентов в различные альтернативные службы;

– развитие специальных служб для оказания помощи группе больных психиатрического профиля, находящихся вне стационаров.

Стремление к деинституционализации, сочетающее элементы идеализма и прагматизма, отражало оправданную озабоченность по поводу благополучия психически больных, многие из которых владели жалкое существование в государственных больницах. Предполагалось, что: во-первых, внебольничная медицинская помощь будет гораздо гуманнее, чем стационарная; во-вторых, она будет более эффективной, чем помощь в больнице; в-третьих, эффективность за-

трат на внебольничную помощь будет выше, чем эффективность затрат на стационарную помощь.

Масштабы деинституционализации в США впечатляют (см. табл. 1).

В 1955 году, когда количество пациентов в государственных психиатрических больницах США закрытого типа достигло наивысшей точки, в них находилось 559 тысяч из общего населения государства в 165 млн. человек. В декабре 1998 года при населении страны около 275 млн. человек койки государственных психиатрических больниц занимали 57151 человек. Таким образом, за 43 года количество коек в государственных психиатрических больницах США сократилось с 339 до 21 на 100 тыс. населения. Некоторые штаты пошли еще дальше. В Калифорнии, например, занято меньше трех коек на 100 тыс. населения, исключая пациентов судебно-психиатрического профиля.

На графике (рис. 1) показана динамика числа психиатрических коек в Западной Европе с 1970 г. по 2005 г. Видно, что психиатрических коек особенно мало в Италии. В Швейцарии в настоящее время вообще нет специализированных психиатрических стационаров — все психиатрические койки расположены в больницах общего профиля. Даже в странах с относительно большим числом психиатрических коек — Ирландии и Финляндии — данный показатель с 1970-х годов существенно сократился.

Как видно на графике (рис. 2), из десяти стран, недавно вошедших в ЕС, за последние 15 лет наиболее заметно число психиатрических коек сократилось в Эстонии, Литве и — особенно — на Кипре. В то же время в Словакии и Словении ситуация почти не изменилась, и число психиатрических коек осталось почти таким же, как в 1990 г. В России — 113 на 100 тыс. населения.

Следует отметить, что первые два компонента процесса деинституционализации развивались гораздо быстрее, чем третий. Иными словами, численность больничной популяции резко сократилась, и для мно-

Таблица 1

Год	Численность населения США	Количество пациентов в психиатрических клиниках
1955	165 млн.чел	559 000
1998	275 млн.чел.	57 151

¹ Текст доклада, представленного на заседании Приморского краевого общества психиатров в феврале 2007 г.

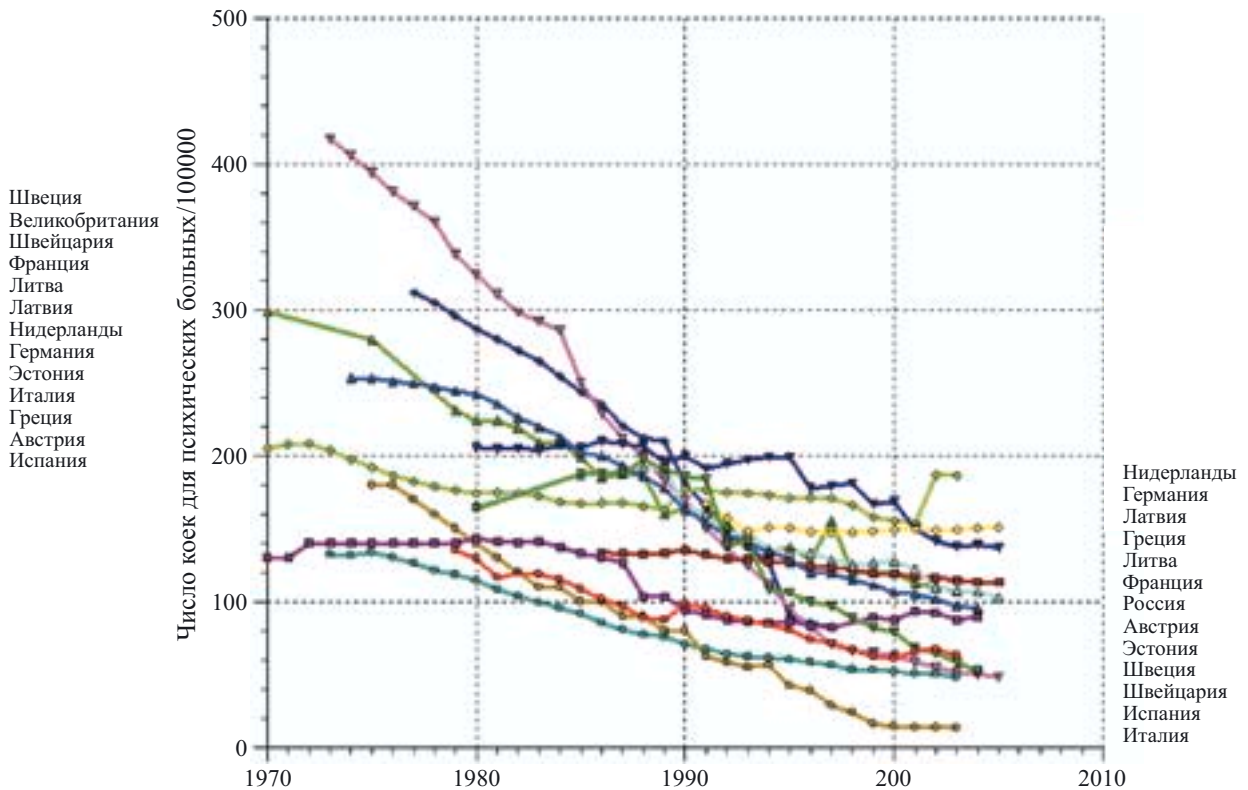


Рис. 1

гих пациентов, нуждающихся в госпитализации, путь в больницу оказался заблокирован, в то время как адекватных и доступных альтернатив госпитализации еще не было. В зарубежных странах, в отличие от отечественной психиатрии, амбулаторная и промежуточная службы изначально были практически не развиты. На момент массовых выписок из стационара амбулаторные психиатрические службы не существовали вообще или не были готовы принять всех выписанных из больницы пациентов. Вследствие таких радикальных реформ в США столкнулись с рядом проблем.

**Первая проблема.
Новое поколение лиц
с тяжелыми психическими заболеваниями**

У людей, длительное время проживавших в психиатрических больницах закрытого типа, обычно развиваются признаки госпитализма, проявления которого могут достигать степени полной пассивности. Эти больные привыкли следовать распорядку и когда их помещают в условия, обеспечивающие достаточную поддержку и удовлетворение их потребностей, большинство из них не возражают и дают согласие на лечение. Однако с новым поколением лиц с тяжелыми психическими заболеваниями дело обстоит иначе. Они не были дезадаптированы до степени пассивно-

сти, не проживали в больницах длительные периоды своей жизни и в основном лечились в острых психиатрических отделениях лишь в течение коротких периодов времени.

Эти пациенты из-за мучительных побочных эффектов лекарственной терапии, опасений относительно развития поздней дискинезии или отрицания заболевания отказываются принимать психотропные препараты. Более того, для многих больных нового поколения ярлык “психиатрический пациент” — это анафема, поэтому отрицание своего заболевания и необходимости лечиться — распространенное явление. Стать частью системы психиатрической помощи для многих из них равносильно признанию полной несостоятельности. Кроме того, нередко они страдают расстройствами, вызванными употреблением психоактивных веществ, либо лечат себя уличными наркотиками

**Вторая проблема.
Бездомные психически больные**

Оказание помощи бездомным психически больным стало одним из наибольших испытаний для государственной системы психиатрической помощи и общества в целом. Есть данные о том, что почти у 75% взрослых бездомных в США диагностируются тяжелые психические заболевания и/или расстройства,

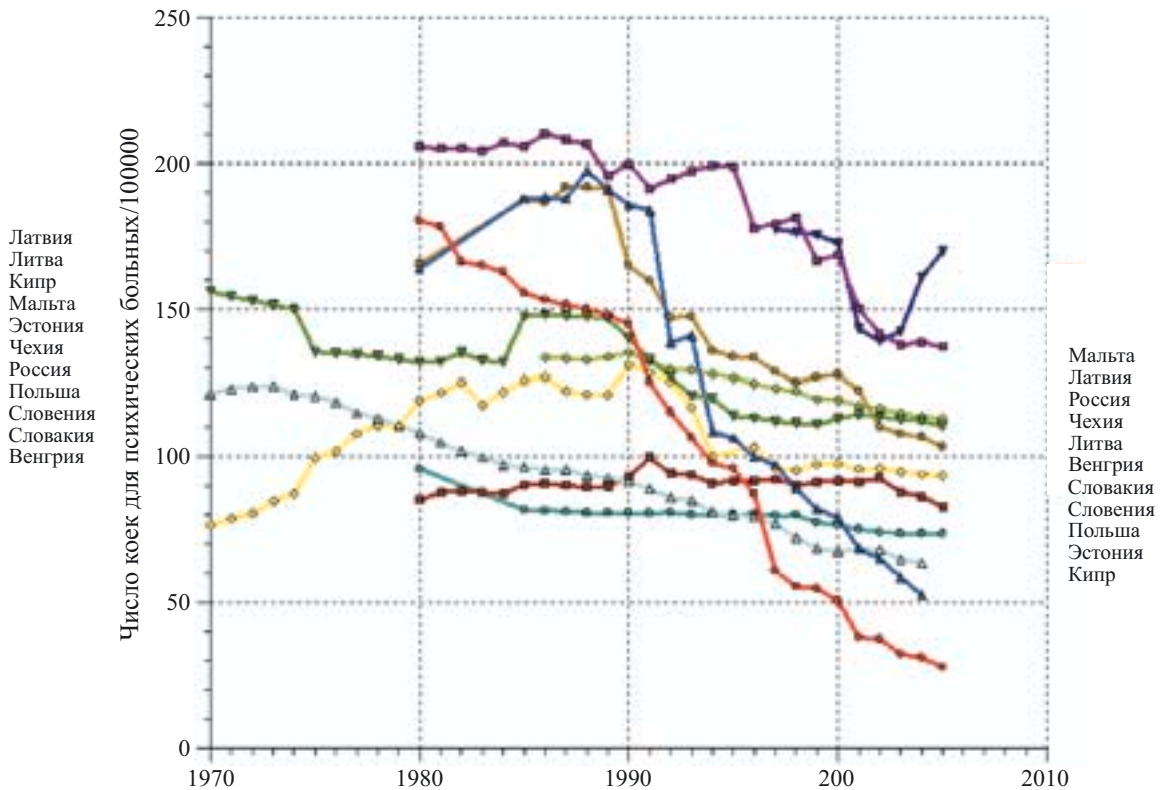


Рис. 2

вызванные употреблением психоактивных веществ. Кроме того, у бездомных психически больных психические расстройства протекают в более тяжелой форме, чем у психически больных в целом.

Каким образом индивиды, страдающие тяжелыми хроническими психическими заболеваниями, становятся бездомными? Эти больные уязвимы относительно выселения из квартир из-за своей неспособности справиться с трудными или даже обычными ситуациями, возникающими между квартиросъемщиком и собственником жилья. Многие, особенно молодые, склонны покинуть свои семьи или пансионы, где они обеспечены питанием и медицинской помощью. Порой они считают свою жизнь там чрезмерно угнетающей либо хотят иметь больше свободы, чтобы употреблять спиртные напитки или уличные наркотики.

Как только лица, страдающие психическими заболеваниями, начинают жить самостоятельно, они зачастую прекращают употреблять лекарственные препараты. Они не сообщают администрации органов социального обеспечения об изменении своего адреса и не являются на заседания для переосвидетельствования, вследствие чего теряют социальное пособие. Отсутствие медицинской помощи на улицах и последствия злоупотребления алкоголем или другими психоактивными веществами — дополнительные серьезные осложнения.

Третья проблема.

Лица с тяжелыми психическими заболеваниями попали в систему уголовного судопроизводства

С 1970-х годов количество психически больных в тюрьмах для кратковременного и длительного пребывания значительно увеличилось. Общество недостаточно толерантно относится к поведению лиц с психическими расстройствами и стремится изолировать таких лиц, нуждающихся в круглосуточной помощи, в различные учреждения закрытого типа, включая тюрьму. Вместо госпитализации и психиатрического лечения психически больные, совершившие мелкие правонарушения, часто подвергаются неуместному аресту и заключению в тюрьму.

Можно сделать вывод, что на определенном этапе деинституционализации система уголовного судопроизводства в значительной степени заняла место государственных психиатрических больниц и стала системой, которая не может сказать “нет”.

Результаты реформ,

уроки, усвоенные из деинституционализации

Исследование по изучению результатов деинституционализации показало, что в районах, где были одновременно внедрены в жизнь все три ее компонента, лица, страдающие психическим заболеванием, чаще

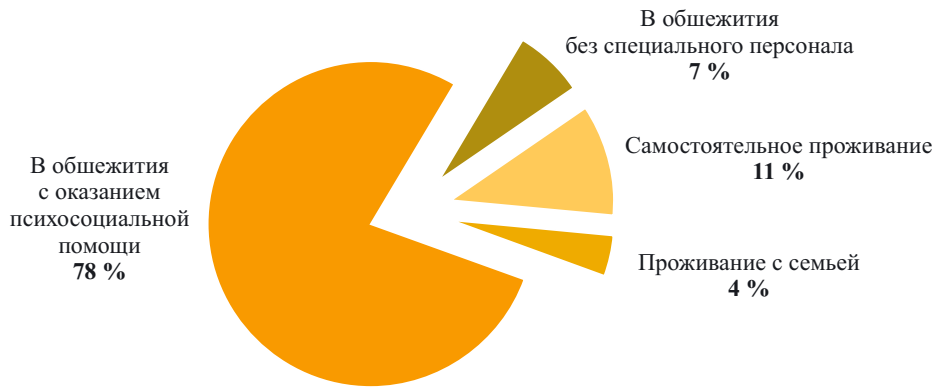


Рис. 3. Закрытие двух больниц викторианского типа (Friern и Claybury Hospital)

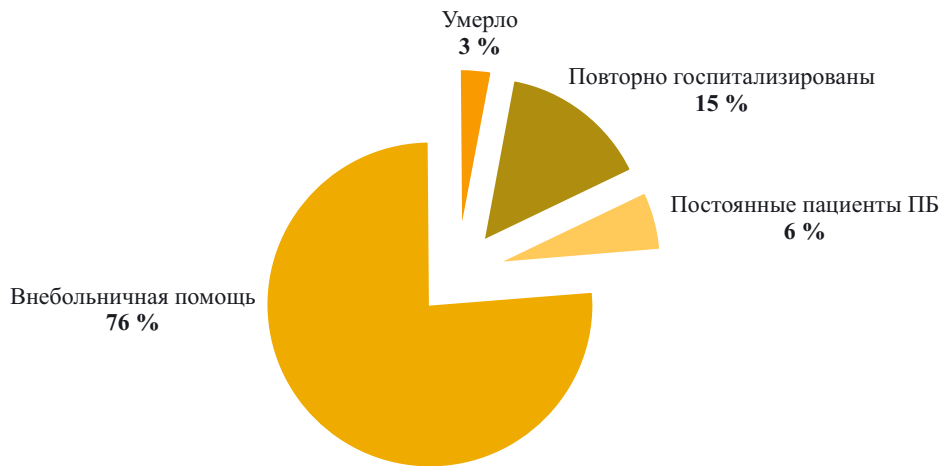


Рис. 4. Закрытие двух больниц викторианского типа (данные через год)

всего оказались в выигрыше. Многие больные выражали гораздо большую удовлетворенность новыми условиями своей жизни по сравнению с условиями внутри психиатрических больниц. Некоторые пациенты, несмотря на болезнь, ощутили “нормализацию” своей повседневной деятельности: одни живут самостоятельно, другие продуктивно трудятся. Таким образом, для этих людей деинституционализация стала положительным явлением.

Приведу пример исследования TAPS, исследовательской группы из Великобритании (под руководством проф. Julian Leff), в котором анализировали результаты закрытия двух психиатрических больниц викторианского типа (Friern и Claybury Hospital).

Решение об их закрытии было принято в 1983 году, к исследованию приступили в 1985 г. Основным объектом исследования была группа пациентов без признаков деменции, которые длительное время находились на стационарном лечении по поводу различных психических заболеваний. Было исследовано восемь годовых когорт пациентов, которые обследовались через 12 месяцев, а затем повторно через пять лет после выписки из стационара (см. рис. 3).

Самая большая группа (78 %) пациентов была переведена при выписке в общежития, персонал которых оказывал им психосоциальную помощь. Меньшие группы больных жили в общежитиях без специального персонала (7 %), самостоятельно (11 %) или с семьей (4 %).

При изучении катамнеза через год выяснилось (см. рис. 4), что за первый год умер 21 пациент (3 %), два пациента побывали в тюрьме, 102 (15 %) были повторно госпитализированы, 6 % выписанных больных стали постоянными пациентами психиатрических больниц.

В таблице 2 содержатся общие результаты годового и пятилетнего катамнестического исследования, включающего оценку различных факторов — от психопатологических симптомов, социального поведения, навыков, необходимых для повседневной жизни, и соблюдения графика приема лекарственных препаратов до соматического здоровья и социальной активности. Исследование TAPS поставило также вопрос о стоимости реабилитационных мероприятий. При изучении последовательных годовых когорт было выявлено, что затраты на каждого пациента год от года

Таблица 2. Результаты исследования TAPS

	Через год	Через 5 лет
Бред и галлюцинации	=	=
Негативные симптомы	+	+
Тревога	-	=
Социальное поведение	+	=/+
Бытовые навыки	+	+
Соблюдение графика приема лекарственных препаратов	+	+
Ограничение степени свободы в повседневной жизни	+	+
Соматическое здоровье	=/-	-
Число друзей	+	+

(+) улучшение, (-) ухудшение, (=) без изменений.

увеличиваются. Это было связано с тем, что в первые годы были выписаны преимущественно пациенты, реабилитация которых представлялась наименее проблематичной: у них отсутствовали нарушения социального поведения, они были не опасны для себя и окружающих. С ускорением процесса выписки возникла необходимость в более интенсивной реабилитации пациентов, которая потребовала создания структур с многочисленным персоналом. Таким образом, оказалось, что альтернативные формы обслуживания пациентов не имеют экономической выгоды по сравнению с длительным лечением в стационаре, однако они существенно улучшают качество жизни пациентов в отдаленном периоде.

Уроки, извлеченные из деинституционализации

Деинституционализация позволила повысить уровень осознания человеческой природы и потребностей лиц, страдающих психическими расстройствами. Благодаря этому процессу произошел переход к биопсихосоциальной модели, в соответствии с которой на жизнь психически больных влияют взаимодействующие биологические, психологические и социальные факторы.

Во времена, предшествующие деинституционализации, всех лиц с психическими расстройствами обычно объединяли в одну группу и, как следствие, вопрошали: “Что мы должны делать с “психически больным”? Благодаря деинституционализации внимание сосредоточилось на реабилитации и потребностях индивида, и сегодня нужно перефразировать этот вопрос так: “Что мы можем сделать для конкретного человека, который страдает психическим заболеванием?” — это очень большой концептуальный сдвиг.

В том, что касается стационарной помощи, стало ясно, что важно обеспечить доступ к больничной помощи тем пациентам, которые в ней нуждаются. Со-

щество — не обязательно наиболее благоприятное место для лечения всех психически больных и для успеха деинституционализации абсолютно необходимым доступ к стационарной помощи, оказываемой в течение необходимого времени всем нуждающимся в ней.

Система помощи должна быть гибкой, открытой для изменений и не ограничиваться заранее сложившейся идеологией.

Стало также понятно, что необходимо добиться непрерывности психиатрической помощи по месту жительства. Многие сторонники деинституционализации полагали, что отсутствие отрицательных воздействий жизни в учреждении закрытого типа само по себе будет предотвращать хроническое течение заболевания, однако это не подтвердилось. Важно, чтобы лица, страдающие длительно текущими тяжелыми психическими заболеваниями, могли получать помощь в течение длительного времени, порой неопределенно долго, предпочтительно в одном и том же учреждении и у одних и тех же врачей.

Этот принцип иллюстрируется исследованием, проведенным в Великобритании. Была показана высокая эффективность непрерывной программы внебольничной психиатрической помощи хронически больным, которая предусматривала постоянную психосоциальную поддержку и сохранение основных навыков, необходимых в повседневной жизни. Проведенное авторами лонгитудинальное исследование охватывало и “острых” пациентов, но в основном (65 %) это были амбулаторные больные с длительно текущим психическим заболеванием. Через 14 месяцев оказалось, что из группы пациентов, которым после выписки оказывалась активная психосоциальная поддержка, повторно лечились в стационаре только 6 %. В контрольной группе, которая получала обычную помощь, 58 % пациентов были повторно госпитализированы в стационар в течение этого времени. Пациенты экспериментальной группы были лучше интегрированы в профессиональную деятельность, жили более независимо и чаще контактировали со знакомыми и родственниками. Кроме того, обнаруживалось меньше отклонений в психическом статусе. После окончания программы пациенты обеих групп получали обычное лечение, и во время катамнестического обследования через 28 месяцев различий между группами не было выявлено: успехи пациентов зависели от того, продолжали ли они получать психосоциальную поддержку. Авторы делают вывод, что только интенсивная и длительная программа внебольничной психиатрической помощи может сделать больных с тяжелыми и хроническими психическими расстройствами независимыми от психиатрической больницы.

Важнейшим положительным моментом деинституционализации стало создание многочисленных форм оказания внебольничной психиатрической помощи, начиная от делегирования функций оказания психи-

атрической помощи первичному звену общемедицинской сети и заканчивая формированием высокоспециализированных служб.

Первый уровень предполагает организацию и совершенствование психиатрической помощи на уровне первичного медицинского обслуживания, используя специализированную помощь по необходимости.

Согласно результатам проведенного ВОЗ исследования, охватывавшего 15 учреждений первичной медицинской сети в различных частях мира, распространенность психических расстройств среди обращающихся за помощью пациентов составила 24 %. Для стран с ограниченными ресурсами предоставление психиатрических и психотерапевтических услуг на уровне первичного звена общемедицинской сети является одним из наиболее эффективных и устойчивых путей улучшения доступа к этому виду помощи. Врачи первичного звена должны проходить специальную подготовку и обладать необходимой компетентностью для оказания таких услуг.

Специалисты по охране психического здоровья должны на регулярной основе оказывать врачам первичного звена консультативную помощь по вопросам ведения и лечения людей с психическими расстройствами. Однако работники первичного звена могут проводить эффективную работу в области охраны психического здоровья только в том случае, если они располагают для этого необходимым временем. Поскольку во многих странах на этих работах уже лежит огромная нагрузка, необходимо увеличить их численность.

Обучение врачей общей практики навыкам оказания психиатрических услуг, как было показано, приносит очевидную пользу. Так, например, в Швеции успешная подготовка в этой области позволила заметно снизить число госпитализаций, а также показатели самоубийств среди населения, обслуживаемого подготовленными врачами общей практики. Однако через три года эти показатели вернулись к прежнему уровню, что, по-видимому, свидетельствует о необходимости непрерывной подготовки врачей, организации контроля и оказания им соответствующей поддержки.

Второй уровень предусматривает создание дополнительных служб психиатрической помощи в рамках системы здравоохранения. Это:

амбулаторные клиники;
патронажные психиатрические бригады;
психиатрические больницы;
местные стационары длительного пребывания;
службы охраны психического здоровья работающего населения.

Амбулаторные психиатрические клиники можно организовывать при центрах первичного медицинского обслуживания, психиатрических больницах или больницах общего профиля. Психиатрические больницы должны предоставлять помощь при острых

состояниях (например, больным с повышенным риском самоубийства). Зачастую роль таких больниц играют специализированные отделения в больницах общего профиля.

Третий уровень предполагает в дополнение к вышеперечисленному создание высокоспециализированных служб психиатрической помощи. Мишенью деятельности таких служб могут быть, например, расстройства пищевого поведения или психические расстройства при алкоголизме или наркомании. В качестве альтернативы психиатрическим больницам можно организовывать патронажные и кризисные службы, бригады неотложной помощи и службы активной психиатрической помощи по месту жительства.

Примером высокоспециализированной службы является ассертивное лечение по месту жительства. Ассертивное лечение — это модель оказания комплексной внебольничной психиатрической помощи лицам с тяжелыми психическими заболеваниями, их поддержки и реабилитации. Ассертивную помощь по месту жительства иногда называют обучением жизни вне больницы, ассертивной внебольничной терапией, бригадами непрерывного лечения и интенсивной психиатрической внебольничной помощью.

Ассертивное лечение по месту жительства подходит для лиц с терапевтически резистентной симптоматикой тяжелых психических заболеваний и с наиболее выраженными функциональными нарушениями. Они весьма интенсивно пользуются стационарной психиатрической помощью, и их жизнь часто имеет крайне низкое качество. Результаты исследований показали, что ассертивное лечение по месту жительства стоит не дороже, чем другие виды медицинской помощи по месту жительства, и в большей степени удовлетворяет пациентов и членов их семей.

Виды помощи, оказываемой членами бригады ассертивной внебольничной терапии

- Реабилитационный подход к навыкам повседневной жизни.
- Покупка бакалейно-гастрономических продуктов и приготовление пищи.
- Покупка одежды и уход за ней.
- Пользование транспортом.
- Помощь в формировании навыков общения и семейных отношений.
- Вовлечение семьи.
- Умение справляться с кризисным состоянием.
- Психологическое консультирование и психиатрическое просвещение членов семьи и дальних родственников.
- Координация совместной работы с организациями, оказывающими помощь семьям.
- Благоприятные возможности для трудоустройства.

- Помощь в поиске добровольной и профессиональной работы.
- Установление связей с работодателями и просветительская работа с ними.
- Работа в качестве наставников для пользователей.
- Помощь в оформлении документов.
- Сопровождение пациентов в службы, предоставляющие льготы.
- Умение правильно пользоваться продовольственными талонами.
- Помощь при переосвидетельствовании для получения пособий.
- Меры по сохранению здоровья.
- Санитарно-просветительская профилактическая работа.
- Проведение медицинских осмотров.
- Составление графика поддерживающей патронажной работы.
- Установление связей для оказания неотложной медицинской помощи.
- Консультирование по вопросам репродукции и сексуальное просвещение.
- Помощь в реализации лекарственной терапии.
- Заказ лекарственных препаратов в аптеке.
- Доставка лекарственных препаратов пользователям.
- Обучение приему лекарственных препаратов.
- Контроль графика приема лекарственных препаратов и их побочных действий.
- Помощь в организации жизни в домашних условиях
- Поиск подходящего жилья.
- Заключение договора о найме жилья.
- Покупка и ремонт предметов быта.
- Установление отношений с домовладельцем.
- Улучшение навыков ведения домашнего хозяйства.
- Управление финансами.

- Планирование бюджета.
- Решение финансовых проблем (например, получение выплат по инвалидности).
- Помощь в оплате счетов.
- Повышение уровня самостоятельности при распределении денег.
- Психологическое консультирование
- Использование подхода, ориентированного на решение проблем.
- Внедрение психологического консультирования в непрерывную работу.
- Гарантирование, что цели рассматриваются всеми членами бригады.
- Содействие выработке и совершенствованию навыков общения.

Программы ассертивной внебольничной терапии — с адаптациями и усовершенствованиями — были реализованы в 35 штатах, а также в Канаде, Англии, Швеции и Австралии. Они функционируют как в городах, так и в сельской местности. В некоторых программах особое внимание уделяется уличной социальной работе с бездомными или с ветеранами, страдающими тяжелыми психическими заболеваниями. Другие программы в основном занимаются сопутствующими расстройствами, вызванными употреблением психоактивных веществ, или трудоустройством. В таблице 3 представлены характеристика и показатели эффективности работы бригады оказания ассертивной помощи.

В качестве примера развития внебольничной помощи на высоком уровне можно привести регион Эмилия-Романия, Италия, где значительное сокращение числа коек после проведения реформы служб психиатрической помощи в 1978 г. сопровождалось значительным ростом числа служб на уровне общины. К 1994 г. в этом районе, где проживает 4 млн. человек, в число служб на уровне общины входили 145 центров охраны психического здоровья, 48 центров дневного пребывания или реабилитационных цент-

Таблица 3. Службы активной психиатрической помощи по месту жительства

Характеристика

- Невысокая нагрузка на специалистов (в среднем на 10 сотрудников службы приходится 100 больных)
- Непрерывное (круглосуточное, без выходных) наблюдение за больным
- При необходимости — ежедневная выдача лекарственных средств
- У больного остается возможность перейти на менее строгий режим ведения
- Комплексный подход — в ведении каждого больного участвуют несколько специалистов (психиатры, медицинские сестры и другие)
- Служба управляет и напрямую распоряжается средствами больного
- 80 % услуг больной получает по месту жительства

Эффективность

- Число и длительность госпитализаций больных с тяжелыми психозами сокращается, однако общие затраты на лечение не снижаются
- Налаживается быт и профессиональная деятельность больных
- Возрастает удовлетворенность больных
- В районах, где население уже обеспечено непрерывной и согласованной психиатрической помощью, значительных преимуществ нет

Источник: Thornicroft & Tansella, 2003.

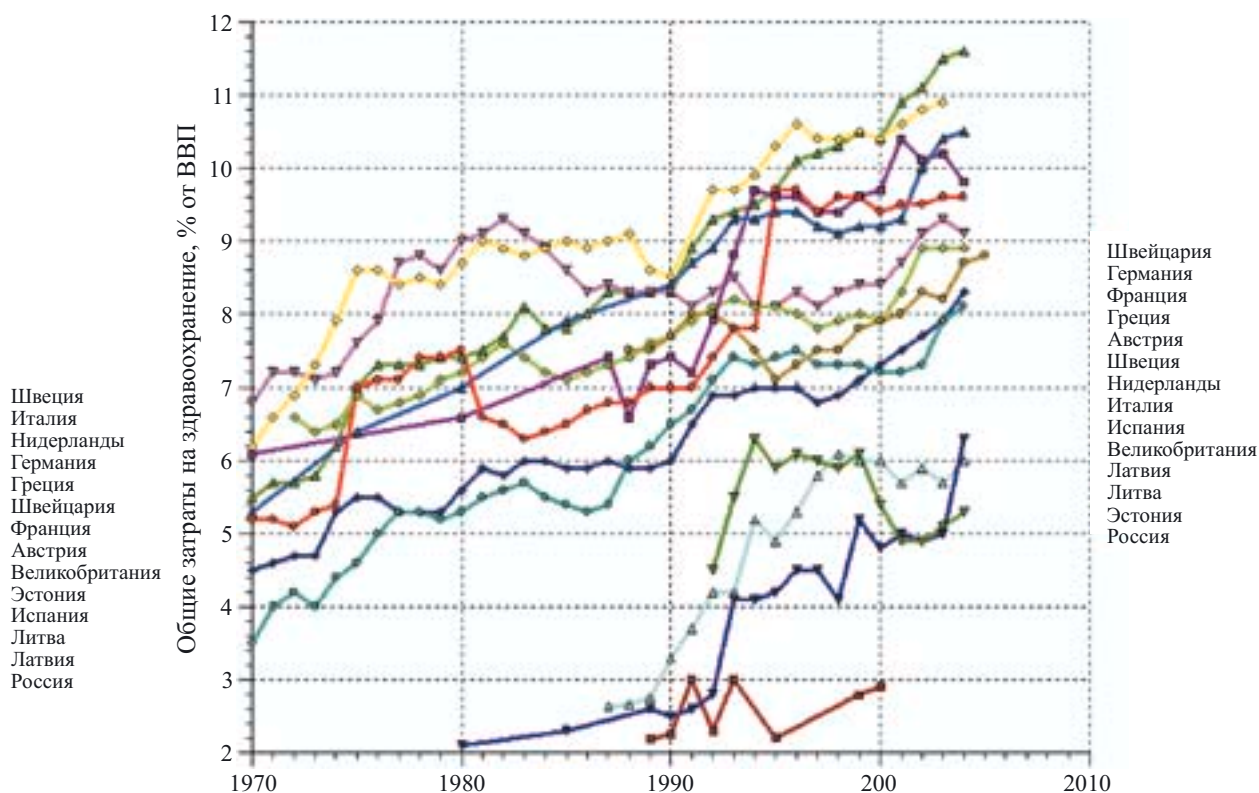


Рис. 5

ров, 12 палат для пациентов с психическими заболеваниями в больницах общего профиля, 3 университетские психиатрические клиники, 24 общежития со штатом сотрудников и 123 квартиры с системой наблюдения, а также 7 частных психиатрических клиник.

Каковы же дальнейшие перспективы?

Обратимся к некоторым статистическим данным и экономическим показателям.

В Европе на долю психических расстройств приходится не менее 20 % всех случаев заболеваний. Экономический ущерб для общества, связанный с проблемами психического здоровья, является огромным. В частности, согласно осторожной оценке Международной организации труда, в государствах — членах ЕС этот ущерб составляет 3 – 4 % валового национального продукта.

Принято оценивать уровень затрат на финансирование медицинской помощи в процентах от ВВП. Из графиков (см. рис. 5) видно, что в среднем по ЕС процент от ВВП достигает 8,5, при том, что в развитых странах Западной Европы он превышает 10 %. К примеру, в США финансирование службы здравоохранения составляет 16 % от ВВП. В России в 2007 году решено выделить на финансирование здравоохранения 2,7 % от ВВП. По выводам Всемирной организации здравоохранения, при условиях, когда расходы на

здравоохранение составляют менее пяти процентов ВВП, система здравоохранения не способна выполнять свои функции. Нужно учитывать, что в разных странах % средств, выделяемых на финансирование психиатрической службы, также разный, от 2 % в странах бывшего СССР до 10 % в наиболее развитых странах Европы.

График (рис. 6) отражает общие затраты на здравоохранение на душу населения по паритету покупательной способности в разных странах. Кривые на графике характеризуют затраты на душу населения, выраженные в долларах и учитывающие уровень национальных цен каждой из представленных стран.

На графике видно, что в 2000 году затраты стран Западной Европы колебались от 1500 до 3000 долларов на душу населения, в странах Прибалтики — от 340 до 540 долларов. В России этот показатель составлял 243 доллара на душу населения (нижняя кривая на графике). В 2004 году затраты в Западной Европе выросли и колебались между 2000 и 4000 долларов на душу населения.

Всемирная организация здравоохранения провела анализ соотношения расходов на душу населения с показателями здоровья населения и интегральным показателем деятельности системы здравоохранения. Некоторые результаты представлены в таблице 4 (данные за 2000 год).

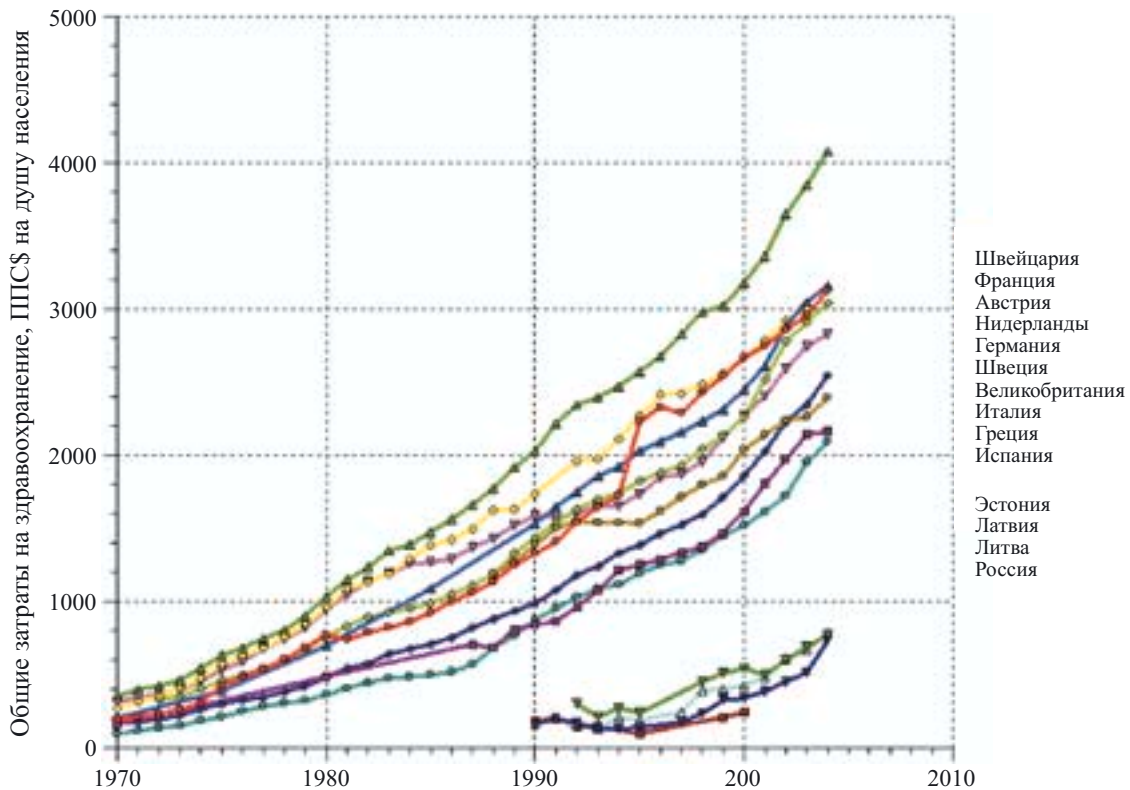


Рис. 6

К конечным показателям результативности деятельности системы здравоохранения относятся:

- 1) показатели здоровья населения, на которые реально влияет отрасль;
- 2) рациональность структуры оказания медицинской помощи и способность системы адекватно реагировать на потребности населения — обеспечивать

достижение современных стандартов оказания медицинской помощи, приемлемые сроки ожидания плановой помощи и проч.;

- 3) справедливость распределения средств (уровень социальной защиты наиболее нуждающейся части населения).

Таблица 4. Ранжирование стран по показателям расходов и результатов деятельности здравоохранения, по оценке ВОЗ (ранги от 1 до 191)

Страны	Размер расходов на здравоохранение на одного жителя (в долл. США) по паритету покупательной способности	Относительные показатели результативности систем здравоохранения	
		Показатели здоровья населения	Интегральный показатель деятельности системы здравоохранения
США	1	72	37
Швейцария	2	26	20
Германия	3	41	25
Франция	4	4	1
Италия	11	3	2
Япония	13	9	10
Великобритания	26	24	18
Чехия	40	81	48
Польша	58	89	50
Эстония	60	115	77
Литва	71	93	73
Россия	75	127	130
Болгария	96	92	102
Румыния	107	130	160

Таблица 5. Организация психиатрической помощи в зависимости от уровня финансирования

Низкий уровень. Организовать и совершенствовать психиатрическую помощь на уровне первичного медицинского обслуживания, используя специализированную помощь при необходимости.

Средний уровень. В дополнение к описанным выше мерам — создать: (1) амбулаторные клиники; (2) патронажные психиатрические бригады; (3) психиатрические больницы; (4) местные стационары длительного пребывания; (5) службы охраны психического здоровья трудящихся.

Высокий уровень. В дополнение к описанным выше мерам — развивать высокоспециализированные службы: специализированные амбулаторные клиники и патронажные психиатрические бригады, службы активной психиатрической помощи по месту жительства, профильные стационары длительного пребывания и службы профессиональной реабилитации.

Источник: Thornicroft & Tansella, 2003.

Из таблицы видно, что Франция, Италия, Япония, Великобритания являются лидерами по конечным показателям деятельности здравоохранения. Россия занимает 127-е место, а по интегральной оценке системы здравоохранения — 130-е место, существенно уступая большинству восточноевропейских стран со сходным уровнем экономического развития. При этом по показателю расходов на душу населения мы занимаем 75-е место.

Не только Россия сталкивается с этим разрывом между расходами и результатом. Например, США тратят на здравоохранение, как уже упоминалось, 16 % ВВП (по абсолютному размеру это больше, чем весь ВВП России), но имеют крайне затратную и неэффективную систему здравоохранения, поэтому существенно отстают от менее развитых стран по показателям ее эффективности.

В связи с разным уровнем финансирования, инфраструктура, наличие квалифицированных кадров в области психиатрии и подходы в каждой стране определяются соответственно текущей ситуации.

В таблице 5 представлены ориентировочные варианты организации психиатрической помощи в зависимости от уровня финансирования. Общий принцип таков: чем уровень финансирования выше, тем более разветвленной и многообразной должна быть структура психиатрической помощи.

В странах, где при сокращении числа психиатрических коек предпринимаются попытки расширить помощь по месту жительства, освободившиеся средства не всегда поступают на развитие этой помощи. Причиной служит распространенное заблуждение, будто помощь по месту жительства обходится дешевле. В результате руководители здравоохранения нередко воспринимают закрытие психиатрических больниц как повод сократить бюджет психиатрической помощи и направить сэкономленные средства в другие области. Так, в Венгрии, несмотря на сокращение коечного фонда психиатрических больниц на 50 %, помощь по месту жительства остается не развитой. Чтобы гарантировать поступление освобождающихся средств на развитие служб по месту жительства, можно прибегнуть к так называемой защите бюджета психиатрической помощи (например, в некоторых развитых странах законодательно закреплён % ВВП

на психиатрическую службу, ниже которого финансирование не может осуществляться).

Чтобы изменить структуру психиатрической помощи, недостаточно просто перевести средства больниц в пользу служб по месту жительства. Прежде чем закрывать больницы, обычно требуется вложить средства в развитие материальных и человеческих ресурсов служб по месту жительства. Только так можно обеспечить плавный переход от старой системы психиатрической помощи к новой. Следовательно, в переходном периоде финансировать требуется как существующие учреждения, так и новые службы. В противном случае реорганизация психиатрической помощи будет затруднена (подобные сложности наблюдались, в частности, в Дании, Италии и Англии), а сокращение объема стационарной помощи встретит еще больше препятствий.

В результате в первую очередь пострадают наиболее уязвимые представители общества — люди с тяжелыми психическими расстройствами. Отсутствие необходимой помощи чревато для них нищетой, бездомностью и социальной изоляцией, оно способно сделать их как жертвами, так и преступниками.

ВЫВОДЫ:

Деинституционализация, начавшись в середине прошлого века в США, чуть позднее произошла в Западной Европе, последнее десятилетие проходит в странах Восточной и Центральной Европы, в стадии становления — в бывших республиках СССР, России.

Результатом деинституционализации явилось масштабное изменение подхода к каждому психически больному человеку в соответствии с только ему присущими потребностями и чаяниями.

Деинституционализация — процесс, касающийся не только сокращения психиатрических коек, а предполагающий развитие широкой сети внебольничной помощи.

Надежды политиков и экономистов на сокращение расходов на финансирование психиатрической службы в результате реформ не оправдались.

Следует учесть опыт и ошибки проведения деинституционализации в США и Западной Европе.

В переходном периоде финансировать требуется как существующие учреждения, так и новые службы.

При низком уровне финансирования психиатрической службы развитие внебольничной помощи среднего и высокого уровня нецелесообразно.

Для плавного и менее безболезненного осуществления реформ необходимо тщательное планирование и адекватное финансирование.

ЛИТЕРАТУРА

1. H. Richard Lamb, M. D. and Leona L. Bachrach, Ph. D. Some Perspectives on Deinstitutionalization © 2001 The American Psychiatric Press. Printed by permission.
2. McCrone, Thomas Becker Grenzen der Deinstitutionalisierung: Erfahrungen in England © Georg Thieme Verlag Stuttgart. New York. Printed by permission. Psychiatrische Praxis 2000; 27, 2: S. 68 – 71.
3. Susan D. Phillips, M. S. W.; Barbara J. Burns, Ph. D.; Elizabeth R. Edgar, M. S. S. W.; Kim T. Mueser, Ph. D.; Karen W. Linkins, Ph. D.; Robert A. Rosenheck, M. D.; Robert E. Drake, M. D., Ph. D.; Elizabeth C. McDonel Herr, Ph. D. Внедрение метода асертивного лечения по месту жительства в стандартную практику. © 2001 American Psychiatric Press. Printed by permission. Psychiatric Services 2001; 52: 771 – 779.
4. WHO Library Cataloguing in Publication Data Mental health: facing the challenges, building solutions: report from the WHO European Ministerial Conference Охрана психического здоровья: проблемы и пути их решения Отчет о Европейской конференции ВОЗ на уровне министров 2006.
5. Дейвид МакДэйд. Реферат. Психиатрическая помощь. Часть I. Основные вопросы организации психиатрической помощи в Европе. Европейское региональное бюро ВОЗ от имени Европейской обсерватории по системам и политике здравоохранения, 2005.
6. Дейвид МакДэйд, Грейам Торникрофт. Реферат. Психиатрическая помощь. Часть II. Реорганизация психиатрической помощи: роль стационаров и служб по месту жительства. Европейское региональное бюро ВОЗ от имени Европейской обсерватории по системам и политике здравоохранения, 2005.
7. Финансирование здравоохранения: альтернативы для Европы. Под редакцией Элайаса Моссиалоса, Анны Диксон, Жозепа Фигераса и Джо Кутцина. Опубликовано от имени Европейской обсерватории по системам здравоохранения Издательство “Весь Мир” 2002.
8. Bernd Eikelmann Grenzen der Deinstitutionalisierung: Die Sicht der Fachklinik © Georg Thieme Verlag Stuttgart. New York. Printed by permission. Psychiatrische Praxis 2000; 27, 2: S. 53 – 58.
9. Использованы данные из базы данных Европейского Бюро ВОЗ: <http://data.euro.who.int/hfadb>.
10. Российское здравоохранение: как выйти из кризиса А. Г. Вишневецкий, научный руководитель ГУ-ВШЭ Е. Г. Ясин, ректор ГУ-ВШЭ Я. И. Кузьминов, первый проректор ГУ-ВШЭ Л. И. Якобсон, профессора кафедры государственного управления и экономики общественного сектора И. М. Шейман и С. В. Шишкин, эксперт Центра стратегических разработок В. И. Шевский. Журнал “Отечественные записки” (2006 № 2).

Конгресс Европейской психиатрической ассоциации
ЭТИКА, НАУКА И ПСИХИАТРИЯ ДЛЯ ЛИЧНОСТИ

6 – 9 февраля 2008 г., Париж, Франция

www.wpa2008paris.com

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

20 – 25 сентября 2008 г., Прага, Чехия

www.wpa-prague2008.cz

Дело Ларисы Арап или как можно поместить любого в психиатрическую лечебницу

В июне 2007 года в спецвыпуске газеты мурманского отделения “Объединенного гражданского фронта” (председатель Г. Каспаров), посвященного призыву к маршу несогласных в День независимости 12.06.07 г., изданного 30-тысячным тиражом, появилась статья “Дурдом” с экспрессивным фотоколлажем и рассказом активистки Фронта Ларисы Арап о ее и других больных чудовищных впечатлениях от психиатрической больницы. Переживания явно болезненного характера для профессионала.

5 июля, когда Лариса Арап обратилась к участковому психиатру за справкой для вождения автомобиля и возмущалась отказом, ее якобы “в возбужденном состоянии” в сопровождении милиции доставили в психоневрологический диспансер г. Мурманска. По утверждению представителей Фронта Лариса Арап психически здорова и в помощи психиатров не нуждалась. Тем не менее, она была госпитализирована в недобровольном порядке в соответствии с п. “а” ст. 29 Закона о психиатрической помощи как представляющая непосредственную опасность для себя и окружающих. 18 июля Ленинский районный суд г. Мурманск санкционировал это решение. 26 июля, неожиданно для родственников и ее самой, Лариса Арап была переведена в Мурманскую областную психиатрическую больницу, которая расположена в 250 км от Мурманска в г. Апатиты. 6 августа на фоне мощной кампании протеста администрация больницы обратилась в суд с просьбой продлить принудительное лечение Ларисы Арап по п. “в” ст. 29, согласно которой оставление без психиатрической помощи может принести “существенный вред здоровью вследствие ухудшения психического состояния”. За время пребывания в стационаре Лариса Арап неоднократно выражала протест против своего недобровольного лечения, объявляла голодовки. В последнее время она не отказывалась от лечения, обращалась к руководству больницы с просьбой перевести ее в дневной стационар, обещала принимать назначенное лечение. С аналогичными просьбами обращался муж Ларисы, гарантируя оказание содействия в лечении Ларисы дома. Тем не менее, 10 августа городской суд г. Апатиты вопреки аргументации нашей комиссии дал санкцию на принудительное лечение Ларисы Арап в психиатрическом стационаре, что позволяло врачам больницы не выписывать ее в течение 6 месяцев.

Ажиотаж в международной прессе по этому поводу стал действенным фактором дальнейшего развития событий, вызывая контрреакцию властей. Является ли этот случай использованием психиатрии в политических целях? Этот вопрос взбудоражил столь многих, что сама эта реакция уже делается положительным фактором.

По предложению Независимой психиатрической ассоциации России Уполномоченный по правам человека в Российской Федерации Владимир Лукин создал специальную комиссию для независимого освидетельствования Ларисы Арап и оценки обоснованности ее недобровольного стационарирования.

9 – 11 августа 2007 года комиссия из членов НПА России (психиатров Ю. С. Савенко и В. Н. Прокудина и медицинского психолога Л. Н. Виноградовой), вопреки целому ряду препятствий, посетила Мурманскую областную психиатрическую больницу, сумела изучить материалы дела и медицинскую документацию, провести клинико-психопатологическое исследование Ларисы Арап (до неожиданно назначенного суда) и принять участие в судебном заседании.

Комиссия установила, что у Ларисы Арап действительно имеются психические расстройства, требующие лечения, и подтвердила диагноз, который был выставлен в 2004 году.

(место обрыва после нападения на сайт)

Психиатры Мурманской областной ПБ согласились, что внесенное ими изменение “приступообразной” формы течения на “непрерывную” является преждевременным и не может быть обосновано. Однако действия психиатрической службы Мурманской области существенно нарушили права Ларисы Арап. Прежде всего, принудительное стационарирование в психиатрический стационар 5 июля 2007 г. было необоснованным, поскольку она не представляла “непосредственной опасности” ни для себя, ни для окружающих. Никаких примеров и признаков такой опасности приведено не было.

Грубая форма стационарирования, с привлечением сотрудников милиции и применением насилия в приемном покое, нанесла моральный и психический ущерб Л. Арап, вызвала реакции протеста — от якобы “попыток рвать занавески” до трех голодовок, которые упорно выдавались главным врачом за “непо-

средственную опасность для себя и окружающих”. Доводы о необходимости лечения, которые не доносятся до больного в психотерапевтической форме, и грубая принудительность не только препятствуют полноценному лечению, но обостряют подозрительность, отчужденность, недоверие.

Судебное решение Ленинского районного суда г. Мурманск о госпитализации Л. И. Арап в психиатрический стационар без ее согласия было вынесено 18 июля 2007 г., т.е. спустя 13 дней после ее помещения в стационар, а не 7, как требует закон о психиатрической помощи. При этом с первого дня Л. И. Арап получала лечение психотропными препаратами, действие которых сильно напугало и саму Ларису, и ее родственников.

Перевод Л. И. Арап 26 июля 2007 г. в Мурманскую областную психиатрическую больницу, расположенную в г. Апатиты за 250 км от ее места жительства, был проведен без согласования с родственниками и без предварительного уведомления Ларисы Арап и противоречил требованиям Закона о лечении в наименее ограничительных условиях, по возможности по месту жительства. Лариса оказалась оторванной от своих близких, что также ухудшило ее психическое состояние и течение заболевания.

Суд, длившийся почти 7 часов и предлагавший обеим сторонам найти компромиссное решение, уступил требованию прокурора и администрации больницы. Между тем, продолжение принудительного лечения Ларисы Арап в настоящее время грубо противоречит мнению комиссии и согласию Ларисы на амбулаторное лечение по месту жительства, подкрепленному готовностью семьи оказывать ей всяческое содействие. Это удалось сделать не пустым обещанием, благодаря атмосфере полного доверия к рекомендациям нашей комиссии. Достигнутый терапевтический эффект подвергся испытанию психотравмой в связи с отказом от перевода на амбулаторное лечение, что было продиктовано явно не медицинскими соображениями. Рвение в этом отношении дошло до обесценивания главным врачом на судебном заседании (в присутствии больной!) той терапии, которая обеспечивает возможность надежной амбулаторной терапии. Между тем, дочери Л. Арап за интервью в защиту матери предложили уволиться с работы.

Решение суда будет оспорено в кассационной инстанции. Уполномоченный по правам человека в Российской Федерации Владимир Лукин взял дело Ларисы Арап под свой личный контроль, обещая оказывать ей поддержку на всех этапах дальнейших судебных разбирательств.

Добившись решения суда, удовлетворившего амбиции местной администрации, врачи больницы заверили нас, что очень быстро переведут Арап на амбулаторное лечение. Однако международный ажиотаж вокруг этого дела включил амбиции и центральной власти, прежде всего психиатрической, в лице Госу-

дарственного центра социальной и судебной психиатрии им. Сербского. 16 августа в прямом эфире радиостанции “Говорит Москва” история с Л. Арап в течение часа обсуждалась членом экспертной комиссии Л. Н. Виноградовой и заместителем директора Центра им. Сербского З. И. Кекелидзе. Ведущий Роман Доброхотов, выбирая Л. Виноградову, колебался, кого пригласить для дискуссии с ней: представителей антипсихиатрии или государственной психиатрии. Дело в том, что позиция НПА России является взвешенной — против полицейской психиатрии, но и против антипсихиатрии, которая отождествляет полицейскую психиатрию со всей психиатрией и вообще не признает психиатрию наукой.

В результате, все увидели агрессивную воинственно-начальственную манеру представителя руководства Центра им. Сербского, который начал с возмущения: “Как! Здесь нет психиатров?”, “Разве я могу обсуждать с Вами диагноз, лечение, осложнения?”, “Вы работали когда-нибудь в психиатрии?”. — “Да, работала много лет в Институте психиатрии, но мы не только не вправе обсуждать по радио диагноз и лечение, что Вы, конечно, знаете. Главное, что не в этом дело. Мы не оспариваем ни диагноз, ни лечение. Все дело в грубых правовых нарушениях”. Было хорошо видно, что представитель Центра Сербского не знал и не интересовался никакими подробностями этого дела, широко освещенного в прессе, но мнение о нем, притом непреклонное, уже имел: безусловно, права больницы. Он даже не выслушал результаты работы комиссии. Наоборот, грубо перебивая, гварил совершенно в сторону, подменяя доводы пиаром своего знаменитого недоброй славой учреждения, которое “по зову сердца” помогает всем пострадавшим, регулярно проводит день открытых дверей и т.д. и т.п.

Такая позиция Центра им. Сербского — этого “министерства психиатрии”, откровенно проводящего политику полицейской психиатрии, ясно сформулированной в многотиражной для широкого читателя книге директора этого Центра Т. Б. Дмитриевой “Альянс права и милосердия”, — крайне неблагоприятна для разумного решения истории Ларисы Арап и идет вразрез с призывом Уполномоченного по правам человека решить этот вопрос в течение ближайшей недели — двух, не дожидаясь апелляции, что будет на благо и больной, и больнице, и даже престижу страны.

Символично, что этот призыв и само разбирательство дела Ларисы Арап прозвучали на очень представительной, с участием десятков отечественных и зарубежных органов СМИ, пресс-конференции в газете “Комсомольская правда” 14.08, посвященной мрачному юбилею трагедии 1937 года.

Руководство Центра им. Сербского до сих пор апеллирует к Комментарию к Закону о психиатрической помощи, составленному в 2002 году и не отвечающему духу самого Закона, принятого в 1992 году. В соответствии с этим Комментарием, отражающим

традиции полицейской психиатрии (которой решительно противостояли все классики отечественной психиатрии и которая задачу психиатрии видит в защите общества и государства от психически больных, а не защите этой самой уязвимой во всех отношениях категории граждан от общества и государства), все пункты ст. 29 — “а”, “б” и “в” равнозначны, а слово “непосредственная” излишне. Знак равенства между непосредственным риском убийства, самоубийства или тяжелых физических повреждений и растратами, загулами, подрывом своей репутации, порчей имущества и т.д., отражает установку авторов Комментария на грубую расширительность недобровольных мер.

После трех попыток Государственного центра социальной и судебной психиатрии им. Сербского на протяжении пяти лет (1998 – 2003) вынести поправки и дополнения такого рода к Закону на Думские чтения, которые НПА России и широкой общественности удалось успешно оспорить, эти поправки были окончательно сняты с обсуждения.

Поэтому важно подчеркнуть, что половина авторов комментариев к закону о психиатрической помощи были инициаторами отклоненных поправок, а сами комментарии не имеют статуса нормативных правовых актов. Поэтому ссылки на этот Комментарий 2002 года, в частности к ст. 29, отражают установки, отвергнутые в 2003 году, когда было отклоне-

но их правовое закрепление, и путают юристов и судей.

Дело Ларисы Арап, уже далеко не первое и не самое грубое, оказалось прецедентным — куда пойдет отечественная психиатрия или, вернее, куда ее поведет власть? Несомненно, что мы стоим на пороге возможного широкомасштабного использования психиатрии в политических целях, для чего уже не требуется распоряжений властей. Все технологии давно отработаны и наготове. Это будет происходить автоматически. То, как на практике сейчас происходит квалификация опасности, показывает, что

– сегодня любого можно поместить в психиатрическую больницу совершенно произвольно, называя опасностью реакцию протеста против неожиданной принудительной госпитализации,

– наше успешное противостояние попыткам Центра им. Сербского устранить в понятии “непосредственная опасность” слово “непосредственная”, сменились монопольным прочитыванием этого понятия на свой прежний лад.

От власти требуется сейчас окрик в адрес ее слишком рьяных исполнителей, не считающихся с имиджем страны.

Ю. С. Савенко

Нападение на сайт НПЖ

Приведенный выше текст (“Дело Ларисы Арап...”) 19.08 был размещен на сайте НПЖ, а 27.08 нам позвонил из Архангельска вице-президент Ассоциации д-р А. Б. Богданов и посоветовал проверить этот текст, так как он явно оборван. И действительно, две третьих текста отсутствовали, причем линия обрыва, отмеченная в тексте пунктиром такова, что полностью меняет его смысл.

Как нам объяснили специалисты, это возможно либо при хакерской атаке, либо при давлении на провайдера.

Но ведь в любом случае, это только горячит ситуацию: теперь на многих других сайтах размещен не только исходный текст, но также история с нападением на него, что привлекает тем большее внимание.

Неужели у хакеров — ведь это способные ребята — такой узкий горизонт и отсутствие прогноза на два хода?

Доказательством нападения на сайт спецслужб является происшедший одновременно взлом компьютера доверенного лица Ларисы Арап — Елены Васильевой.

Дело Елены Поповой или произвольная трактовка опасности и принудительное помещение в психиатрическую больницу в угоду начальству

В предыдущем выпуске журнала¹ известный журналист Зоя Светова описала злоключения Елены П., имевшей слабость к знаменитым женщинам, но натолкнувшейся на отсутствие взаимности со стороны объектов своего обожания — депутата Госдумы космонавта С. Е. Савицкой, а потом директора Государственного центра им. Сербского главного психиатра-эксперта Минздрава и т.д. Т. Б. Дмитриевой. Проведя из-за своей назойливости по отношению к ним два с половиной месяца в ПБ, как представляющая опасность (!), удерживаемая там непосредственно вопреки мнению трех именитых профессоров-консультантов, последовательно подтверждавших неосновательность нахождения Е. П. в больнице, она в конечном счете была выписана на амбулаторную терапию. Обида на Дмитриеву привела ее к попыткам подать на нее судебный иск. Нам удалось отговорить ее от этого.

Однако, нелепый случай пришелся на ее больное место: боязнь оказаться заштемпелеванной психиатрическим диагнозом с его социальными последствиями. Явившись в суд, получить его решение, она прочла свой диагноз, который — в силу небрежности секретаря — был ошибочно записан как “шизофреническое расстройство личности” вместо “шизотипическое расстройство личности”. Она помчалась в ПНД с требованием уточнить диагноз, но там с ней обошлись грубо: “Сейчас соберем комиссию и оформим динамическое наблюдение”. Сколько мы не убеждали ее, что речь идет о заведомой опечатке, сразу ясной для профессионала, она не успокаивалась и, не дожидаясь разрешения этого недоразумения, пошла на прием к той, кто ее уже выставлял с помощью охраны, — к Савицкой — жаловаться на Дмитриеву. Разумеется, разговор сложился далеко не так, как ей представлялось, и закончился тем, что — как написала тут же в своей заявлении Савицкая 28.06.2007 г., — Е. Попова бросила ей на стол пакет с тридцатью тысячами рублей со словами: “Это Вам за то, что я покрасила Вашу машину!”. С полгода до этого белоснежную машину Савицкой кто-то измазал красной краской, а милиция никого не нашла. Савицкая вызвала охрану, милицию, скорую психиатрическую помощь, сдав Попову со своим заявлением: “Е. Попова преследует меня телефонными звонками и попытками проникнуть в

квартиру и при этом агрессивна себя ведет... Прошу оградить меня и мое имущество от дальнейших преследований и причинения вреда”.

Е. П. позвонила мне, когда за ней приехала скорая психиатрическая помощь, но мои подробные разъяснения коллегам неосновательности стационарирования разбились о явный стереотип полицейского подхода. Тогда я предупредил администрацию больницы, не сомневаясь, что после первой истории ее не примут. Но Е. П. была повторно стационарирована в ПБ № 13 уже не с “шизотипическим расстройством личности”, с которым была выписана полгода назад. Теперь скорая психиатрическая помощь, чтобы оправдать свои действия, поставила ей диагноз “параноидная шизофрения” и в качестве основания п. “а” ст. 29! Приемный покой ПБ № 13 продублировал это со следующим обоснованием: “неоднократно лечилась в ПБ № 13” (на деле один раз), “устроила ссору”, “аффективно заряжена на борьбу за свои права”... На следующий день (29.06) ВКК меняет диагноз: “Обострение вялотекущего шизофренического процесса с гипоманиакально-параноидальной реакцией” и основания: п. “в” ст. 29. 4 июля суд соглашается с этим. 2 августа проф. В. Г. Ротштейн возвращается к прежнему диагнозу “шизотипическое расстройство личности”, но пишет: “учитывая неадекватную оценку больной правомерности своего поведения и связанный с этим риск неадекватного поведения в будущем, следует рекомендовать продолжить стационарное лечение”. 22 августа администрация больницы предоставила мне возможность встретиться с Е. П. Беседа проходила первоначально в присутствии двух заместителей главного врача и заведующей отделением. В первое стационарирование мы беседовали с ней спустя 2,5 месяца после стационарирования, сейчас — на исходе второго месяца.

На этот раз Е. П. выглядела понуро, послушно, одомашнено, плаксиво. Она подчеркивала, что согласна на амбулаторное лечение, так как препарат, который ей сейчас дают (сероквель), переносит незаметно, и что сама удивляется своему спокойному состоянию. Она подтвердила, что написала соответствующее заявление.

На вопрос: “Как Вы теперь относитесь к Дмитриевой?”, ответила: “Дмитриевой для меня больше не существует”, — “А Савицкая?” — “Она мне по-прежнему нравится. Такая принципиальная, решительная, энергичная”. — “Вы не считаете свой визит к ней ошибкой, наивностью?” — “Мне очень хотелось поделиться с ней, я надеялась, что она защитит меня.” — “Как, Вы и сейчас к ней тепло относитесь?” — “Да,

¹ Зоя Светова “Злоупотребление психиатрической властью в России — свидетельствует пресса” (НПЖ, 2007, 2, 87–89).

² Второе необоснованное стационарирование заставило “Е. П.” отказаться от конфиденциальности. Речь идет об Елене Поповой в Московской ПБ № 13.

она не виновата, она такой человек.” — “Вы действительно измазали ее машину?” — “Нет”. И здесь Е. П., вопреки свидетельству самой Савицкой, о котором она знает, отвечает уклончиво-отрицательно, тихо плача.

Налицо все еще живая реакция обиды, разочарования и все же защиты обидчика, вопреки всякой логике, всякому здравому смыслу. Ничего похожего на агрессию не только в данный момент, но и на момент события, ставшего причиной стационарирования.

Можно понять реакцию раздражения Савицкой в отношении крайне и длительно назойливой посетительницы, достававшей ее даже дома, а тут еще ущерб машине... Но как понять врачей-психиатров, которые увидели здесь опасность 29 “а”? Какую опасность представляет человек, который пришел возвратить значительную сумму денег по собственному почину? Никто не мог бы даже заподозрить ее.

Это неотлично от реакции обманутой, отвергнутой и преданной любви, нередко включающей в себя и мелкое пакостничество. Это самое простое, лежащее на поверхности объяснение ни психиатрами, ни психологами не было полноценно рассмотрено, хотя влюбленность — всегда сверхценность, а у акцентуантов и тем более психопатов часто сопровождается нестандартным поведением.

Разумеется, корректно поставленный вопрос это: “Исчерпывается ли поведение Е. П. психологически понятным образом?” Очевидно, что в данном случае фактором, значительно осложняющим ответ, является тенденциозность самих психиатров: все еще нередкая расширительность психиатрической диагностики, все еще далекое от установок МКБ-10 предвзятое отношение к гомосексуальности, все еще упрощенное понимание “психологизации”, взаимоотношения психопатологических, патопсихологических и психологических механизмов, которые вовсе не исключают друг друга, и наконец, витающий над всем этим легко вычисляемый интерес высокого начальства.

Иной оппонент сможет обосновать в данном случае недопустимую попытку психиатров вмешиваться в немедицинскую проблематику, лечить от любви, притом платонической, считать гомосексуальную любовь бредом и вызвать еще и этим бурю возмущения.

На психопатологический характер реакции Е. П. указывает характерное поведение в ответ на самый недвусмысленный и решительный образом выраженный отказ в ответной симпатии. Переключившись на какое-то время на Дмитриеву, Е. П. продолжает навязывать свои чувства своей первой симпатии. Если это продолжится и после второго стационарирования, то это будет, конечно, наиболее доказательным доводом в пользу паранояльной структуры ее поведения. В клиническом плане речь идет о социально активной и профессионально успешной женщине, отсутствие се-

мьи у которой соответствует ее нетрадиционной ориентации. Очевидна склонность к циклотимным и ситуационным колебаниям настроения и сверхценным образованиям в рамках личностной акцентуации.

Но в любом случае, никакой опасности ни для себя, ни для окружающих, которая бы требовала принудительного стационарирования, здесь не было и нет.

Нам говорят про первое недобровольное стационарирование: она же бросилась под машину! Бедная Т. Б. так испугалась за нее, это же психотравма. А водитель? Для него это шок. Он мог задавить ее. Это грубая и очень опасная нескритичность. Наконец, она же терроризировала Т. Б., от нее всего можно ждать, она опять может пойти куда угодно.

Опасность, послужившую причиной второго стационарирования, нам обосновывают порчей имущества. Но разве есть какие-либо доказательства, кроме собственного признания Е. П. в момент аффекта, которое она больше ни разу не подтвердила? Никто лучше психиатров не знает, как признание, эта инквизиторская “царица доказательств”, может далеко отстоять от действительности, как часты, гетерогенны и гетероформны самооговоры. Вполне можно допустить, что впитывая как губка информацию о предмете своего обожания, Е. П. располагала информацией о порче машины Савицкой.

Но главной здесь является совсем другая плоскость рассмотрения: долг врача, как и адвоката, не давать пациенту свидетельствовать против самого себя. Наконец, даже если это Е. П. залила краской машину Савицкой, то разве можно сравнить денежный штраф или 15 суток административного задержания с уже двумя месяцами принудительного лечения в психиатрической больнице, сопряженного для нее с катастрофическим отношением к психиатрическому диагнозу, постановке на учет и социальными ограничениями, связанными с этим? Известно, что в связи с незначительностью содеянного, суд вообще может не выносить решение о принудительном лечении. Но наши суды, как и немалая часть наших психиатров, склонны к расширительному пониманию опасности, перестраховочному за счет больных. Этот профилактический подход естественным образом сопрягается с амбулаторной терапией, а отнюдь не принудительной стационарной, которая обычно психотравматична и заостряет психические расстройства.

Итак, перед нами еще один пример грубого произвола трактовки опасности, неоправданных и неадекватно обосновываемых принудительных стационарирования и терапии. Но — кроме попиранья судьбы конкретного человека — главное в нем, что заинтересованность высокого чина заставляет врачей, администрацию больницы, даже консультанта защищать совершенно несостоятельную версию опасности.

Неужели антипсихиатры правы?

С 3 по 22 июля в “Галлерее на Солянке” (Катакомбы) ежедневно с 12 до 20 часов работала международная передвижная фотовыставка, подготовленная Гражданской комиссией по правам человека. Это не первая выставка, проводимая антипсихиатрами, но на этот раз она оказалась особенно хорошо продуманной и оформленной.

Всем, выходящим из метро “Китай-город”, что в двух шагах от галереи, вручали красочно оформленные приглашения. На здании висел огромный плакат “Разрушенные жизни: разоблачение психиатрии”. Несколько небольших нестандартной формы залов позволили разместить экспонаты выставки наиболее впечатляющим образом: сначала знакомство с организаторами, их деятельностью, литературой, потом — об “ужасах психиатрического лечения”, а потом — о том, что может быть его альтернативой, и тех, кто помогает людям в сложных ситуациях, т.е. о лидерах международной организации “Гражданская комиссия по правам человека”.

Заголовки стендов говорили сами за себя. В одном зале: “Бессмысленное уничтожение здорового мозга”, “Убийство разума”, “Смертельные “риски””, “Загубленные жизни”, “Отравление ради прибыли” (это о лечении СДПГ), в другом — “Делая права человека реальностью”, “Обретение подлинного душевного здоровья”. Огромные стенды с крупными фотографиями и хорошо продуманным текстом никого не оставляли равнодушными. Здесь можно было узнать о том, что “психиатрия — воплощение нарушений прав человека” и даже посмотреть в режиме “нон-стоп” фильм об истории психиатрии, конечно же, в исключительно негативном ключе.

Гражданская комиссия по правам человека не бедная организация, но она позаботилась о привлечении дополнительных средств. Спонсорами выставки выступили: “Школьная одежда от А до Я”, “Ваш дизайнер”, “Центр спортивного питания Дуров Инт”, группа “Тэта-Капитал”, мебельная фабрика “Форема-Кухни”.

Посетителей было довольно много, и все проявляли неподдельный интерес к экспозиции, рассказывали друг другу собственные истории, делились опытом. В голове все время крутилась мысль: как бы хорошо организовать где-то рядом выставку о последних достижениях психиатрии, о современных препаратах, возможностях психо- и социотерапии, новых подходах к лечению психических заболеваний. Или провести непоказушный день открытых дверей в каком-нибудь психиатрическом стационаре. Ведь Россия присоединилась к Европейскому плану действий в области охраны психического здоровья, провозгласила приоритет амбулаторной помощи, развитие помощи с опорой на сообщество, равноправное учас-

тие психологов, социальных работников, юристов и других специалистов не только в процессе реабилитации, но и лечения.

Но на память приходят примеры из нашей недавней практики, описанные в этом выпуске журнала — случаи Ларисы Арап и Елены Поповой, абсолютно типичные и очень показательные в этом отношении.

Лариса Арап впервые обратилась за психиатрической помощью в 2004 году. Говорила, что перенапряглась, что тяжело переживает конфликт в своем кооперативе, описывала несомненные проявления болезни, просила о помощи. На прием пришла с мужем, который также был озабочен состоянием психического здоровья жены, просил оказать ей помощь. Чем же это закончилось? Амбулаторная помощь даже не была ей предложена. Ее сразу направили в стационар, причем оформили это как недобровольную госпитализацию по п. “а”. И хотя вскоре после суда, который дал санкцию на недобровольное лечение, Ларису выписали, она сохранила негативное отношение к психиатрической службе города. Вторая госпитализация лишь усилила это впечатление. Опять отвезли насильно, держали более двух месяцев, отказывались считаться с ее желанием лечиться дома. Между тем, с пациенткой вполне можно было договориться.

Случай Елены Поповой еще более яркий. Здесь нет никакого “тяжелого психического расстройства”. Больница однократно выставляла диагноз “параноидная шизофрения”, но сама от него отказалась. Человека с “шизотипическими расстройствами личности” отправляют в стационар в порядке недобровольной госпитализации, держат в больнице в первый раз 2 месяца, второй — уже более двух, ставя под угрозу ее социальную адаптацию, хорошее место работы. С первого дня она подает заявления: “Буду лечиться амбулаторно”. Но нет. “А вдруг еще куда-нибудь пойдешь?”, “А вдруг еще что-нибудь сделает?”. В пылу негодования Елена призналась, что несколько месяцев назад измазала краской машину депутата Савицкой. Это “страшное преступление”, за которое она — если это действительно было и будет доказано — могла понести административное наказание в виде штрафа в несколько сот рублей или административного задержания на 15 суток, повергло в ужас наших психиатров, и вот они “на страже”. Они “заботятся о пациентке, жалеют ее”. “Ее аффективное состояние неустойчиво. Когда оно стабилизируется, мы ее выпишем”. То, что пребывание в психиатрической больнице является в данном случае серьезной психотравмирующей ситуацией, которая препятствует стабилизации состояния, в расчет не берется. Психологическое состояние пациента не имеет значения.

После суда Елене Поповой очередной раз предложили дать добровольное согласие на лечение в стаци-

онаре: “Если Вы хотите уйти домой, подпишите согласие на добровольное лечение. С недобровольного мы не выписываем. Если Вы не соглашаетесь на добровольное лечение, значит у Вас нет критики к своему состоянию, и Вы больны. Тогда Вас будут лечить полгода, а потом, возможно, и еще полгода”. Согласие на амбулаторное лечение с обязательством регулярно посещать диспансер врачей почему-то не устраивает. А ведь таких заявлений Елена Попова написала много. Более того, Елена согласна на лечение в дневном стационаре, хотя в прошлый раз такое лечение было оформлено как отдельное стационарирование и, в результате, теперь врачи пишут, что она “неоднократно лечилась в психиатрических стационарах”. Для судьи это звучит как третье стационарирование в течение одного года. Ну прямо неизлечимо больная, да еще и социально опасная!

При этом врачи искренне убеждены, что действуют в интересах пациентки: “А если бы она попала на

принудительное лечение?”. Так психиатры в своих действиях оказываются гораздо более жесткими, чем наше российское законодательство, которое в случае незначительности содеянного, не назначает принудительные меры медицинского характера (ч. 2 ст. 443 УПК) и освобождает человек от ответственности. А если установлено, что человек отдавал отчет своим действиям, как в данном случае, дело закончилось бы выплатой штрафа.

Мы полагаем, что психиатры не должны уподобляться сотрудникам правоохранительных органов. У наших служб разные цели, задачи и — хотелось бы надеяться — взгляды. Общественная опасность с психиатрической точки зрения не тождественна полицейской.

Или, может быть, антипсихиатры правы? И психиатрия в России действительно является карательной?

Л. Н. Виноградова

**Ежегодный конгресс Германского общества по психиатрии,
психотерапии и нервным расстройствам**

21 – 24 ноября 2007 г., Берлин, Германия

juergen.zielasek@lvr.de; www.dgppn-kongress.de

14-ая конференция Международного общества
по исследованию аффективных расстройств

**ИНТЕГРАТИВНЫЕ ПОДХОДЫ
К АФФЕКТИВНЫМ РАССТРОЙСТВАМ**

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

Тел.: +44- (0)1865 – 843691;

E-mail: jm.seabrook@elsevier.com;

www.isad.elsevier.com

ИСТОРИЯ

Взгляд очевидца на предисторию принятия закона о психиатрической помощи

А. А. Ковалев

Зимой 1986 – 1987 гг. на тексте одного из радиоперехватов — был такой засекреченный источник информации для руководства страны, который излагал суть радиопередач “голосов”, вещавших на СССР, — в котором говорилось о политических злоупотреблениях психиатрией в стране, министр иностранных дел СССР Э. А. Шеварднадзе наложил резолюцию срочно доложить ему действительное положение дел в этой области. С этого вечера всерьез началась работа по подготовке реформы советской психиатрии. Я оказался в ней ангажированным на годы вперед. Скажу откровенно: никто не подозревал всей трагичности, глубины и сложности стоявших здесь проблем. У нас были только нравственные ориентиры. Имевшаяся информация позволяла занять позицию, но не давала возможности всесторонне проанализировать проблему и выйти на весомые и, главное, реалистичные предложения — все, что можно, было скрыто от посторонних глаз. Правозащитники, хотя знали больше, все равно были примерно в таком же положении.

Вместе с тем было абсолютно ясно, что белый мрак, окутавший страну в застойный период, не мог идти ни в какое сравнение с клиникой профессора Стравинского, описанной М. А. Булгаковым. Здоровый человек, попавший в психиатрическую больницу, мог быть обезволен одним уколом. Другой укол — и он предстает сумасшедшим. И практически никто не выходил после “лечения” здоровым. К счастью, “лечили” не всех. Иногда из гуманных соображений, когда госпитализированный здоровый человек попадал на честного психиатра, иногда просто из-за нехватки лекарств...

Списки “узников советской психиатрии” занимали одно из главенствующих мест среди озабоченностей наших западных партнеров положением дел в области прав человека в СССР. В них назывались фамилии около 300 человек, помещенных на психиатрическое лечение по политическим причинам и зачастую привлеченных к уголовной ответственности по политическим или религиозным статьям уголовного законодательства. Плюс к этому — те, кто к политике отношения никогда не имел. Многие годы в ответ на обвинения в злоупотреблениях психиатрией в поли-

тических целях, раздававшихся со всех сторон, советские психиатры либо гордо отмалчивались, либо говорили о клевете. В результате были вынуждены выйти (а фактически — исключены) из Всемирной психиатрической ассоциации, оказались в состоянии устойчивой нравственной, научной и интеллектуальной изоляции от зарубежного опыта.

Навешивание на любую критику ярлыка “клевета” ясно показывало, что советская психиатрия долгие годы была тяжело больна. Психиатры прекрасно распознают отсутствие у своих пациентов способности к критической оценке своих поступков. Это — симптом. У самих себя они его не заметили. Справедливости ради нельзя не отметить, что веру в собственную непогрешимость ввели в советский повседневный обиход не психиатры. Они были, хотя и яркими, но только исполнителями определенной сверху политической линии.

С началом же перестройки возник вопрос: действительно ли все благополучно в нашей психиатрии, нет ли рационального зерна в критике с Запада? А критика эта буквально леденила кровь. Суть ее можно вкратце свести к тому, что в СССР заведомо здоровых людей помещают в психиатрические больницы за их политические убеждения. Советским представителям передавались списки “узников психиатрии в СССР”, которые впервые стали объектом самого пристального внимания МИД СССР, аппарата ЦК КПСС, где под руководством А. Н. Яковлева этими вопросами занимался входящий в идеологический отдел сектор прав человека, заведовал которым будущий пресс-секретарь М. С. Горбачева А. С. Грачев.

Нельзя не отметить, что власть и психиатрия традиционно находятся в достаточно тесных отношениях. Вспомним, например, крупнейшего политического мыслителя П. Я. Чаадаева, провозглашенного сумасшедшим из-за неугодности его воззрений императорскому двору. Наверное, “Философические письма” свидетельствуют об обратном... Есть и другие свидетельства, позволяющие сделать вывод о том, что с психиатрией всегда были шутки плохи. Одно из самых выразительных содержится в знаменитой Нагорной проповеди и звучит весьма определенно:

“...Кто скажет: “безумный”, подлежит геенне огненной” (Мат. 5, 22).

Установление в СССР диктатуры мирозозерцания вызвало не только нравственные, но и юридические последствия. Ст. 58¹⁰ сталинского уголовного кодекса, лихо перекочевавшая в качестве ст. 70 в УК РСФСР 1962 г., ст. 190¹ УК РСФСР, наряду с системой диагностики психических заболеваний, разработанной академиком Снежневским, создали те самые предпосылки, при которых нестандартные убеждения с легкостью невероятной могли трансформироваться в уголовное дело, а оно, в свою очередь, в психиатрический диагноз. Потому что был такой закон, потому что так учили и воспитывали психиатров. Добавим к этому простор для произвола при внесудебной принудительной госпитализации (т.н. “госпитализация по неотложным показаниям”), который давали действовавшие тогда инструкции, и картина станет еще более безрадостной.

В философской притче (а быть может, скорее в политическом памфлете, точно отражающим недавнее советское житие) Ф. Искандера “Удавы и кролики” поначалу удавам хватало для удовлетворения своих удавчих потребностей гипноза. А какой массовый гипноз может быть эффективнее утверждения: кто думает и говорит иначе, чем мы — сумасшедший.

Злоупотребления психиатрией набрали силу после пражской весны 1968 года и подписания Заключительного акта Совещания по безопасности и сотрудничеству в Европе, давшими мощный импульс правозащитному движению в Советском Союзе.

Но это функция, так сказать, воспитательная. Организационно проблема удушить инакомыслящих кроликов решалась двумя путями. Первый, более сложный, состоял в их привлечении по политическим и религиозным статьям уголовного законодательства с последующим помещением на принудительное лечение в больницах специального типа, принадлежащих МВД СССР. Система работала безупречно. Лицо, привлеченное к уголовной ответственности, могло быть направлено на судебно-психиатрическую экспертизу на любом этапе следствия или судом. Правда, до суда дело в таких случаях, как правило, не доходило. Более того, не доходило до суда и подсудимые — их на него не допускали из “гуманных соображений”. Многие из них даже адвоката не видели в лицо.

Зачем нужны были такие нарушения уголовно-процессуального законодательства? Оказывается, дело в том, что даже резиновые формулировки уголовных статей, позволяющие судить за мысли, высказанные жене, друзьям или записанные, например, в дневнике, не давали в ряде случаев оснований для привлечения к уголовной ответственности. Тогда — экспертиза. А в СССР, как известно, дисциплина — и локальная служебная, и всеобъемлющая партийная — подменяла и совесть, и здравый смысл.

Психиатрический инструментарий борьбы с инакомыслием был доведен до совершенства. Это, естественно, давало психиатрам свободу рук для произвола в целом. Но произвол одних порождал произвол других. Потребовать изоляции человека в психиатрической больнице по “неотложным показаниям” мог кто угодно — соседи, начальник. Это — второй путь вытравливания “ересей” из “монолитного советского общества”.

Бороться с этим монстром оказалось делом весьма непростым. Для того, чтобы начать движение в нужном направлении потребовался разговор моего отца, в то время работавшего первым заместителем министра иностранных дел СССР, с премьер-министром Н. И. Рыжковым, который удивился и возмутился, узнав о масштабах и механизмах злоупотреблений психиатрией в немедицинских целях. Рыжков спросил у отца, есть ли что-нибудь на бумаге. Получив подготовленную мной справку, на одном из ближайших заседаний политбюро он, по свидетельству присутствовавших, гневно выступил по этому поводу. Однако маховик психиатрических репрессий был раскручен настолько мощно, что ясной и твердой позиции Генерального секретаря, премьер-министра, министра иностранных дел и А. Н. Яковлева хватило только для того, чтобы придать легальность ведущейся работе. Причем легальность весьма относительную, так как по существовавшим тогда правилам все происходящее на заседаниях политбюро держалось в строгой тайне и я не должен был об этом знать, а тем более ссылаться.

Творцы психиатрического беспредела — академики Марат Вартамян и Георгий Морозов со своими приспешниками — упорно делали вид, что в советской психиатрии все безупречно. Впервые я с ними столкнулся лично на совещании в кабинете начальника управления внешних сношений Минздрава СССР Э. Косенко. На этом совещании молчаливо присутствовал и главный психиатр Минздрава СССР А. А. Чуркин. Я под внешнеполитическим углом зрения сформулировал стоящие задачи, освещая при этом профессиональные диагностические взгляды корифеев карательной психиатрии. Вартамян взорвался: “Как вы можете говорить о недостатках нашей психиатрии, когда ей рукоплещет весь мир!?” Такого неприкрытого лицемерия я уже не выдержал и весьма недипломатично прочитал ему мораль о критике в наш адрес, о списках жертв злоупотреблений психиатрией, о нашем изгнании из Всемирной психиатрической ассоциации. Кончил я словами о том, что нашей психиатрии никто и нигде не рукоплещет, и надо устранить причины, вызывающие критику, — таков социальный заказ и не нам с этим спорить. Расходился с совещания молча, даже не прощаясь, причем, разумеется, не по моей инициативе — я им, хотя и пассивно, дал возможность проявить элементарную вежливость.

Многие психиатры расценивали неизбежную перестройку их деятельности как настоящий Апокалипсис. В действительности же речь шла всего-навсего о том, чтобы их пациентов лечить в нормальных условиях и нормальными средствами, чтобы к больным относились с уважением, чтобы здоровые чувствовали себя в безопасности от карательной психиатрии. В конечном итоге все это работало и на самих психиатров, так как без возвращения психиатрии здравого смысла им невозможно было вернуть себе уважения общества.

Я далек от того, чтобы огульно очернять судебных психиатров, а тем более психиатров вообще. Без их активной и самоотверженной помощи, например, из тех, кого я знаю, профессора Б. В. Шостаковича, и некоторых других, наведение порядка в советской психиатрии было бы еще более проблематично. Среди психиатров было много людей, добросовестно заблуждавшихся и сменивших позиции, по-новому взглянув на вещи. Другие все поняли без посторонней помощи. Так, один из них со стыдом мне рассказывал, как после войны, едва окончив институт, он без колебаний ставил диагноз, когда советские военнопленные ему рассказывали, что из гитлеровских лагерей они прямоком попадали в лагерь сталинские.

Решающую помощь в информировании нас о правовом уровне советской психиатрии оказали профессор С. В. Бородин и С. В. Полубинская из Института государства и права АН СССР, возглавляемого блестящим юристом академиком В. Н. Кудрявцевым. Институт первым из государственных структур поставил вопрос о необходимости коренной реформы нашей психиатрии. Оттуда мы и получили первую достойную доверия информацию.

Поначалу задача казалась достаточно стандартной: разобраться, что происходит, подготовить предложения по реформе нормативных актов, внести их за подписью Шеварднадзе и министра здравоохранения в Политбюро. Неожиданности, сломавшие эту схему, начались практически сразу. Прежде всего потому, что мы встретились с небывалым сопротивлением Минздрава. Естественное желание изучить действующие инструкции встретило у тамошних бюрократов весьма неожиданную реакцию: “никаких инструкций нет”, говорили они нам. Мы же знали: есть. И не просто потому, что иначе быть не могло. У нас были их копии, вернее распечатки из них, попавшие к нам чуть не детективным путем.

При нашем первом знакомстве с главным психиатром Минздрава СССР А. А. Чуркиным я упомянул об этой инструкции под заранее продуманным и согласованным с руководством предлогом:

— Мне надо доложить руководству предложения по мерам, которые надо принять для возвращения СССР во Всемирную психиатрическую ассоциацию. — Эта завлекалочка была придумана, чтобы совет-

ские психиатрические феодалы и инквизиторы в одном лице согласились на реформирование их домена, а дабы сдвинуть дело с мертвой точки, им надо было посулить нечто такое, что без этого им казалось невозможным. — В частности вызывает вопросы инструкция о психиатрическом освидетельствовании.

— Такой инструкции нет, — вскинулся Чуркин.

Я достал из кармана свой блокнот, пролистал и открыл его на нужной странице.

— Ну как же нет, Александр Александрович? Ее полное название “Инструкция о порядке первичного врачебного освидетельствования граждан при решении вопроса об их психическом здоровье”. Первый заместитель министра здравоохранения Щепин утвердил ее 26 июня 1984 года.

— Такая инструкция есть, — с сомнением, чуть ли не вопросительно, признал Чуркин, который понял, что ему некуда деваться. — Только откуда вы о ней знаете?

— У нас есть свои возможности получения необходимой информации...

Ответ на вопрос, почему столь тщательно скрывался даже сам факт существования этого документа, лежал на поверхности. В его пункте 8 говорилось следующее: “В случаях, когда поведение лица, не состоящего на психиатрическом учете, вызывает у окружающих подозрение на наличие у него острых психических расстройств, способных угрожать жизни и безопасности этого лица или окружающих его лиц, а также к нарушениям общественного порядка, а сам он от посещения врача-психиатра отказывается”, он освидетельствуется врачом бригады скорой психиатрической помощи или врачом-психиатром психоневрологического диспансера “по вызовам официальных должностных лиц, родственников или соседей”. Не будем на этом останавливаться и перейдем к пункту 9 этой удивительной бумаги. Приведем и его максимально полно, чтобы избежать обвинений в передергивании. Итак: “Отдельные лица, дезорганизирующие работу учреждений, предприятий и т.п. нелепыми поступками, многочисленными письмами нелепого содержания, а также необоснованными требованиями, могут быть освидетельствованы врачом-психиатром непосредственно в этих учреждениях...”

Попробуем вдуматься в приведенные пассажи. “Подозрения” у каких-то “окружающих”, не имеющих специального, а может быть, вообще никакого образования, позволяют вызвать скорую, которой, скорей всего, и разбираться-то некогда, болен человек или здоров. А какой простор для должностных лиц, родственников или соседей приструнить неудобного! Апофеозом в этом пункте является предоставление возможности освидетельствовать человека, которого можно подозревать в том, что он не угрожает, а только может угрожать общественному порядку.

Смутно все сформулировано, нарочито смутно. А как разобраться, обоснованные требования или нет? Где критерии нелепости? И, наконец, а судьи кто?! В результате, практически любой человек, выбивающийся из общей массы нестандартным мышлением, экстравагантностью, правдоискательством наконец, мог быть госпитализирован, используя медицинскую терминологию, “по неотложным показаниям” или помещен судом на принудительное лечение.

Мне неоднократно приходилось встречаться с жертвами психиатрического беспредела. Многие из них приходили ко мне в МИД за помощью. Мрак в белых халатах вламывался к ним в квартиры и насильно увозил в психушки после того, как они выводили на чистую воду нечистых на руку начальников, выступали за элементарную справедливость. Само наличие психиатрического диагноза (а снять его было практически невозможно) лишал их многих элементарных прав. Некоторым из них приходилось бежать из родных городов, бросать семьи, чтобы избежать нового помещения в психиатрические застенки. Иногда им удавалось помочь, иногда нет...

Конечно, были и другие посетители. При общении с ними буквально физически чувствовалась опасность. Один из них пришел ко мне незадолго до того, как попробовал зарубить топором прокурора в его собственном кабинете.

Пришлось мне столкнуться с психиатрической гнусностью и в стенах МИДа. Выяснилось, что одному моему коллеге — человеку честному и принципиальному — его бывший начальник подстроил психиатрический диагноз. Сделано все было “по высшему классу” — психиатры его даже не видели! Но диагноз записали. Мой сослуживец многие годы находился в полном неведении об этом до тех пор, пока его не направили на несколько дней в заграникомандировку. Снять этот липовый диагноз оказалось делом непростым — его подписал один из психиатрических генералов. К счастью, мой партнер из института им. Сербского оказался его учеником. Придя на следующее утро после моей просьбы помочь моему коллеге, я застал его около поста милиции. Красные глаза, помятое простынно бледное лицо... (Впрочем, он меня сразу предупредил, что снятие диагноза будет мне стоить двух бутылок хорошего коньяка.) Оказалось, что он приехал прямо от корифея. Пока я его отпаивал кофе в своем кабинете, он поведал, что его задачу очень упростило то, что записанного в истории болезни моего коллеги диагноза попросту не существует.

Параллельно с юридическими “изысканиями”, о которых говорилось выше, нами велись и другие. Список жертв карательной психиатрии, представленный нашей делегации в Вене, дополнялся нами из всех возможных источников фамилиями, которые в нем в действительности не фигурировали. Проверить направ-

ленный нами в ведомства “венский список” по первоисточнику, к счастью, никому в голову не пришло.

Разумеется, мы это делали далеко не ради чисто научного интереса. Составленные таким образом списки рассылались на проработку во все ведомства для возможного пересмотра участи названных в них людей. Возможного — так как в них оказывались и настоящие — уголовные — преступники, действительно страдающие психическими болезнями. Порой, правда, нас обманывали и с этим...

В подавляющем большинстве случаев медики пришли к выводу: фигурирующие в этих списках люди могут быть выписаны из психиатрических больниц или переведены из тогда существовавших спецбольниц системы МВД в обычные больницы, принадлежащие Минздраву СССР.

Это — относительно известная сторона дела. В тени осталась действительная работа по освобождению жертв карательной психиатрии. Выглядела она порой драматично.

Прорыв состоялся при подготовке первого визита Горбачева в США. Среди многочисленных справок был официально доложен документ, в котором перечислялись фамилии людей уже выпущенных из психиатрических больниц и тех, которые **будут выпущены до его начала**. Упрек в показухе здесь неуместен. Мы это делали не для американцев. А упустить уникальную возможность мощного давления на психиатров, правоохранительные органы и суды, которые, к сожалению, охотно продлевали сроки принудительного лечения и весьма неохотно его отменяли, мы считали недопустимым. Разумеется, списки были составлены при участии психиатров после того, как ими было проведено переосвидетельствование этих пациентов.

Тем не менее в последний момент кто-то где-то решил пойти на попятный. Механизм освобождения инакомыслящих из психиатрических застенков забуксовал. Пришлось прибегнуть к жестоким мерам убеждения и объяснить психиатрам, или, через них “заинтересованным министерствам и ведомствам”, что дезинформация Генерального секретаря ЦК КПСС может вызвать тяжелые последствия. Конечно, в том что им говорилось, были изрядные передержки. Но как раз они-то и подействовали. Вывод я сделал предельно четкий: “Делайте, что хотите, но сдержите обещания. Иначе нам всем не сносить головы”.

В результате мое рабочее место превратилось в какое-то подобие оперативного штаба по выписке из психиатрических лечебниц. Телефон разрывался. “Суд отказывается отменить принудительное.” — “Делайте что хотите, но сдержите обещание.” — “Мы ничего не можем сделать с судом!” — “Можете!” — “Х отказывается выписываться к сестре” — “Ищите другого родственника.” — “Х в служебной машине в со-

провожении машины ГАИ едет к...” — “А ГАИ то зачем?” — “Для скорости. Чтобы успеть к началу переговоров.” — “У выехал из больницы на служебной машине.” “У вошел в квартиру, открыв дверь своими ключами.” И так далее.

Было ясно, что для наведения порядка в психиатрии нужен хороший закон. Мощное по временам начального этапа перестройки оружие нам дал тот факт, что в пресловутый ленинский период вопросы освидетельствования душевнобольных регулировались Постановлением (инструкцией) Народного Комиссара юстиции. Данное Постановление было подписано П. И. Стучкой и опубликовано в “Известиях”.

Это было доложено Э. А. Шеварднадзе, который в полной мере понял убойную силу “ленинских норм” для советской психиатрической инквизиции. Закрутилась работа по пробиванию решения Политбюро о необходимости принятия законодательного акта, регулирующего все аспекты оказания психиатрической помощи. К сожалению, Минздрав вкупе с карательными органами преуспели в борьбе с МИДом. В результате 5 января 1988 года на свет явился Указ Президиума Верховного Совета СССР, вводящий в действие половинчатое Положение об условиях и порядке оказания психиатрической помощи. Положение появилось на свет в муках — и сторонников, и противников перестройки психиатрии. Хотя оно было разработано по инициативе Шеварднадзе, в записке которого в ЦК были заданы его ключевые параметры, оказать влияние на текст мы смогли только на этапе его письменного голосования членами Политбюро.

Несмотря на все недостатки Положения в нем было немало позитивных моментов. Прежде всего это была первая попытка именно законодательного, а не ведомственного регулирования оказания психиатрической помощи. Устанавливались жесткие сроки освидетельствования и переосвидетельствования пациентов, не добровольно помещенных в психиатрические больницы. Положение предусматривало не только административный, но и судебный, а также прокурорский контроль за действиями психиатров. Вместе с тем механизм такого контроля был обойден молчанием, а поэтому работать он не мог. Специальные психиатрические больницы, находившиеся в ведении МВД, передавались органам здравоохранения. Однако и это решение саботировалось до последнего. Одна из отговорок состояла в том, что зарплата персонала в спецбольницах выше, чем в обычных. Положение предусматривало установление уголовной ответственности за помещение в психиатрическую больницу “**заведомо здорового лица**”. Благо ни о ком нельзя сказать, что он здоров “заведомо”, нельзя не признать, что формулировка составлена мастерски с точки зрения ее недейственности.

Был в Положении и самодостаточный для практически любых злоупотреблений пункт, согласно кото-

рому “лицо, совершающее действия, дающие достаточные основания предполагать наличие у него выраженного психиатрического расстройства, при этом нарушающее общественный порядок либо **правила социалистического общежития** (выделено мной — А. К.)... может быть подвергнуто без его согласия, согласия его родственников или законных представителей первичному психиатрическому освидетельствованию”. Более расплывчатой и дающей простор любому произволу формулировки, чем пресловутые “правила социалистического общежития” придумать невозможно, так как их можно было трактовать абсолютно произвольно.

Другими словами, то позитивное, чего удалось добиться, было практически сведено на нет отсутствием механизма и традиционно резиновыми формулировками. Вместе с тем нет оснований преуменьшать значение Положения. Его принятие положило начало последующим реформам психиатрии.

Разумеется, по тем временам даже при полной поддержке министра, ничего не удалось бы сделать без тесного товарищеского сотрудничества с реформаторски настроенными сотрудниками аппарата ЦК КПСС. Там за эти вопросы взялся сектор прав человека, который тогда возглавлял А. С. Грачев. Именно благодаря непререкаемому в то время авторитету все сильного партаппарата психиатры начали сотрудничать с МИДом.

Позже, когда работа приблизилась к опасной черте, курирующий заместитель министра А. Л. Адамишин передал мне указание Шеварднадзе действовать в полностью автономном режиме, чтобы никто — ни в аппарате ЦК, ни в МИДе, включая моего собственного непосредственного начальника Ю. А. Решетова, — не знал чем и как я занимаюсь.

Вскоре меня вызвал А. И. Глухов, руководивший нашим Управлением. У него в кабинете был незнакомый мне мужчина. Шеф распорядился, чтобы я срочно принес ему *все* (он очень ясно интонационно подчеркнул, что именно все, а потом для ясности повторил это еще раз) черновики бумаг, которые я накануне передал для Шеварднадзе. Разумеется, это указание я выполнил не совсем точно, оставив себе кое-что про запас — без этого я просто не смог бы дальше работать. Минут через 20 – 30 Глухов пригласил меня опять. Он был мрачен. Оказывается, незнакомец, которого я у него видел, был порученцем Шеварднадзе, по распоряжению которого все без исключения бумаги по психиатрии я должен был ему передавать без визы, чтобы не оставлять следов на бумаге, и только в руки тогдашнему фактическому руководителю секретариата министра, будущему министру иностранных дел И. С. Иванову, которому я был должен докладывать на словах, кто еще в курсе вопроса и, в случае необходимости, откуда получены сведения.

Об опасности здесь говорится не для красного словца. Попытки меня припугнуть разными, в том числе психиатрическими методами — мелочь, хотя и неприятная. Крупная провокация, о которой речь пойдет ниже, была предпринята накануне визита американских психиатров в СССР. Этот визит был нами инициирован по тем же внутривластным соображениям. Надо было получить мощный импульс извне, чтобы были веские аргументы для нового рывка перестройки психиатрии. Главным было добиться принятия решения о разработке действенного закона, строго регламентирующего все аспекты оказания психиатрической помощи и делающего невозможными новые политические злоупотребления бюрократическими идеологической чистоты общества в белых халатах. Не менее важная, хотя и быстрее осуществляемая задача состояла в том, чтобы выписать из психиатрических больниц максимальное количество политических и религиозных заключенных.

Разумеется, чтобы советские психиатрические генералы согласились на проведение такого мероприятия, им надо было посулить нечто такое, что им казалось невозможным. Поэтому, аргументируя необходимость визита, мы всячески обыгрывали тезис о том, что успешное проведение визита сделает возможным возобновление советского членства во Всемирной психиатрической ассоциации. Эту наживку они проглотили.

Первая встреча для подготовки визита американских психиатров в СССР проходила 9–12 ноября 1988 г. в Москве. Было заранее решено, что и подготовка к визиту, и сам визит будут проводиться под эгидой МИД СССР и Государственного департамента США, накопивших к тому времени уже немалый опыт по решению сложных правочеловеческих проблем. Соответственно, мне было поручено возглавить советскую делегацию, моим американским контрагентом был представитель Госдепа США посол Р. Фарранд. Американская сторона передала нам документ, содержащий условия, необходимые для успешной работы делегации. Первоначально он нам показался неприемлемым.

Американская делегация поставила себе четко очерченную задачу. Она состояла в том, чтобы определить, идет ли перестройка в советской психиатрии и сохранялись ли на тот период предпосылки для злоупотреблений ею в немедицинских целях. В соответствии с этим строился весь план работы американских специалистов. Нам был представлен список на 48 человек, из которых планировалось обследовать 15 госпитализированных больных и 12 человек, выписанных из больниц, что в конечном итоге и было сделано.

Не будем домысливать, какие трудности были у американских специалистов. Ясно было одно: им нужны стопроцентно достоверные по принятым в США критериям результаты их работы. Но сложилась ситуация, при которой осуществление политиче-

ской воли сторон к началу сотрудничества зависело не только от правильного толкования намерений контрагента, но и от возможностей чисто технического характера. И, главное, от преодоления нашего безукоризненно отлаженного механизма противодействия реформам. Казалось, действовавшего порой на уровне законов природы.

Успеху переговоров помогло то, что буквально накануне их начала главный психиатр Минздрава СССР А. А. Чуркин призвал случаи “гипердиагностики” и “неоправданно долгого нахождения на принудительном психиатрическом лечении”. Не будем забывать при этом, что разработанная советскими психиатрами система диагностики психических заболеваний способна удовлетворить самый изощренный вкус самого взыскательного к обществу — не к себе! — политика. Слово “гипердиагностика” в этом контексте звучит весьма зловеще.

Здесь уместно упомянуть о том, что как “медицинскую” часть нашей делегации возглавлял Чуркин, так с американской стороны эти функции выполнял один из крупнейших американских авторитетов в области судебной психиатрии доктор Лорен Ротт. Именно во многом благодаря ему удалось возобновить советско-американский диалог в области психиатрии и, тем самым, дать новый импульс реформе советской психиатрии. Я почувствовал в Л. Ротте человека, увлеченного своим делом и которому можно доверять. Поэтому, когда в один из критических моментов подготовки к визиту мы на ходу, без свидетелей, обменялись мнениями и Л. Ротт практически подтвердил мои предположения относительно целей и возможных результатов визита, я стал исходить из этого уже не как из собственной неизвестно правильной или нет догадки, а как из объективной данности. В докладной записке министру я написал примерно так: с высокой мерой вероятности можно ожидать, что... (далее следовали мои, подтвержденные Л. Роттом, выводы). Глухов и Адамишин, хотя и не без колебаний (а предположения высказывались довольно рискованные) записку подписали. Все это очень помогло советско-американской “психиатрической разрядке” со всеми вытекающими отсюда внутренними последствиями.

Главное расхождение между нами и американцами, разумеется, было политическим. Мне была предоставлена достаточная свобода маневра с единственной, но очень существенной оговоркой — визит ни в коем случае не должен походить на инспекцию, а благо он в действительности инспекцией и был, проводиться на основе взаимности. Ю. А. Решетов, который тогда был заместителем начальника управления, в котором я работал, и наши психиатры заранее предвкусывали, как они будут выискивать в американских психиатрических больницах политических заключенных. Для вида пришлось немного поиграть в эту игру и мне.

Р. Фарранд занял крайне негибкую позицию: никакого ответного визита, никакой взаимности. “Какая может быть взаимность, когда у вас есть политические злоупотребления психиатрией, а у нас нет?”, — вопрошал он. Когда уже, казалось все было согласовано и решено, а члены советской и американской делегаций начали подниматься из-за стола для рукопожатий и теплых самопоздравлений, я был вынужден взять слово и, подводя итоги переговоров, подчеркнуть, что визит будет осуществлен на основе взаимности. Фарранд сорвался на крик, чем доставил мне немалое удовольствие — всегда любопытно быть свидетелем скандального нарушения самих азов дипломатии. В ответ я ему сказал, что он пытается навязать нам режим капитуляции и ответственность за срыв визита, вопреки с таким трудом достигнутой договоренности между советскими и американскими психиатрами, ляжет на Государственный департамент.

Разумеется, я знал, что на следующий день А. И. Глухов в рамках визита госсекретаря США Дж. Шульца должен был встречаться с помощником госсекретаря США по правам человека Р. Шифтером и не сомневался, что этот умный и тонкий дипломат займет иную позицию, чем его подчиненный, что и произошло.

Суть достигнутого соглашения, которое здесь цитируется почти дословно, состояла в том, что группе американских психиатров и других экспертов будет позволено осмотреть пациентов, посетить психиатрические больницы, обсудить вопросы законодательства и психического здоровья с тем, чтобы констатировать новое развитие психиатрической практики в Советском Союзе.

В итоге успешного завершения этого визита обе стороны были намерены интенсифицировать профессиональные контакты сотрудничества между советскими и американскими психиатрами. В этом контексте американская делегация ожидает ответного визита советских психиатров в США и предпримет все необходимые меры, чтобы обеспечить советским представителям возможность изучить и проанализировать американскую психиатрическую практику в благоприятных условиях, соответствующих целям советского визита и интересам продолжения сотрудничества.

Эта информация была зачитана по завизированному Чуркиным тексту в пресс-центре МИД СССР и обнародована за океаном.

Но самое интересное началось, когда все было окончательно согласовано и настало время выполнять взятые нами на себя обязательства. Частично сложности возникли из-за того, что достигнутые договоренности по техническим аспектам визита носили устный характер. Я заблокировал подписание какого-либо, пусть и неформального, документа — его пришлось бы согласовывать со всеми на свете, включая руководство Минздрава, МВД и КГБ СССР, что было заведомо невозможно. Отсюда — и многие раз-

ногласия. Кое-что, честно говоря, просто подзабылось — в нашей делегации почти никто ничего не записывал, а мне писать все было просто нереально — все-таки приходилось постоянно быть начеку, реагировать, искать компромиссные варианты, успокаивать... Но основные проблемы возникли по вине генералов от советской психиатрии и медицины в целом. Дело в том, что пациенты, которые в первую очередь интересовали американских психиатров, проходили психиатрическую экспертизу в Институте имени Сербского. На их историях болезни стоял гриф “секретно”. Экспертизу проводили академики и именитые профессора. В историях болезни встречались вещи чудовищные. Например, одного из пациентов отказывались выписать из больницы до тех пор, пока он не откажется от своих религиозных убеждений, за которые он и был госпитализирован. Все это хотели скрыть и поэтому решили дать задний ход.

У нас с американцами был согласован четкий график подготовки к визиту, включая передачу американским психиатрам ксерокопий историй пациентов, которых они с согласия этих пациентов должны были осмотреть. Истории болезни были рассекречены и частично, что называется под эмбарго, переданы мне. Подошел и прошел срок их передачи американцам, а согласия на нее Минздрава, несмотря на мои настойчивые напоминания, так и нет. Наконец раздается телефонный звонок и один из минздравовских начальников, говорит мне радостным голосом, что решение об их передаче принято. Я ответил, что немедленно вызываю представителя посольства США. Не успел я передать истории болезни, как вновь звонит тот же минздравовец и уже совсем иным, официальным тоном заявляет: “Сегодня утром состоялось совещание всего руководства министерства, на котором было принято окончательное решение никаких историй болезни никому не передавать”. Я уточнил, был ли он сам на этом совещании. Он ответил утвердительно, еще раз подчеркнув, что на совещании присутствовало все руководство. Другими словами, меня специально дезинформировали с тем, чтобы свести счеты и при этом демонстративно сорвать визит. Разумеется, минздравовцы прекрасно знали, что за несанкционированную передачу такого рода информации была предусмотрена уголовная ответственность.

Такое решение означало не только срыв визита и конец перестройки психиатрии, но и победу самой черной реакции в целом. Положение спас Э. А. Шеварднадзе, позвонивший министру здравоохранения Чазову и попросивший “сделать все необходимое для успеха визита”. Несмотря на это, главный советский “медик”, как мне рассказывали очевидцы, кричал накануне визита, что “Ковалев торгует честью и достоинством родины”. Что ж, у каждого свое понимание об этой самой чести и об этом самом достоинстве...

Итак, политически Минздраву деваться было некуда. Тогда он прибег к техническим средствам. Мне

было заявлено, что ксерокопий нам, а соответственно и американцам, дать не могут, так как в Минздраве сломаны ксероксы, причем все. В институте имени Сербского и в варшавском центре психического здоровья, естественно, тоже. В кабинете Г. Н. Милехина, в котором хранились истории болезни, произошел пожар. К счастью, истории болезни каким-то чудом уцелели. Ксерокопировать их пришлось в МИДе.

Американцы, конечно, не могли не почувствовать, что подготовка визита сталкивается со значительными сложностями. Поэтому в декабре Р. Фарранд и Л. Ротт приехали на однодневные, но затянувшиеся до глубокой ночи переговоры. Опять — реальная возможность срыва визита. В том числе из-за инверсии его содержания и формы, выпестованной десятилетиями монополии на истину и закрытости советского общества, боязни того, “что скажет княгиня Марья Алексеевна”. И заокеанская, и своя, советская. Заокеанская — от того, что она увидит. Своя — что кому-то открыли ранее закрытое. Несколько раз приходилось говорить переводчице не переводить высказывания наших психиатров, объявлять перерывы, чтобы их успокоить. В скобках отмечу, что Фарранд по-русски понимает и поэтому он не мог не видеть и не понимать того, что происходит. Выдержанный, хотя и эмоциональный Л. Ротт в один момент сказал, что дальнейшие переговоры бессмысленны. Чуркин срывался на крик. Все же часам к четырем утра удалось договориться.

“Исчезновения” пациентов и прочие несурезности продолжались до последнего момента, когда судьбу визита решали считанные часы. Одного из “пропавших” пациентов мы с Милехиным и его командой разыскивали до четырех часов утра, сидя в его кабинете в Институте им. Сербского. Нам упорно говорили, что из одной больницы его увезли, а до другой не довезли. Нашли мы его только через главврача больницы, куда этого пациента все-таки привезли. Главврачу, наверное, испортили настроение, так как мы его обнаружили у любовницы. А от того, удастся ли его показать американским психиатрам, зависело, выполним ли мы в последний момент наши обещания и состоится ли визит. Порой дипломатическая работа походит на сборник анекдотов..

Здесь уместно отметить, что среди случаев, с которыми в конце концов ознакомились американские психиатры в ходе своего визита в СССР, были такие “криминалы”: правозащитная деятельность, Украинская Хельсинкская группа (эмоциональная вспышка в помещении собеса; посещение квартиры А. Д. Сахарова — в прошлом — правозащитная деятельность; написал книгу о поэте Высоцком, автор других антисоветских сочинений; распространял литературу (Солженицын, Зиновьев, Медведев); защищал права инвалидов, подписывал обращения и т.д.)¹. Разумеет-

ся, среди пациентов, осмотренных американцами, были и террористы, и убийцы.

В результате всех сложностей, в том числе и входящих, окончательно вопрос о визите был решен буквально накануне его начала “передовой группой” американской делегации.

“Линия фронта” и при подготовке визита, и при его проведении проходила не по национальному и государственному принципу. Она разделяла тех, кто за здравый смысл, и тех, кто против него... Нельзя не отдать должного догматикам — убедительности у них хватало... на обе стороны. Это были переговоры в переговорах (или переговоры в квадрате), когда диалог шел не только с внешним собеседником, но и — главное! — с собеседником внутренним.

Визит все-таки состоялся с 26 февраля по 12 марта 1989 г. Работа делегации и ее выводы подробно изложены в докладе по итогам визита. Поэтому не буду его пересказывать.

Как мы и договаривались с американцами, перед обнародованием своего доклада они прислали его текст нам с тем, чтобы мы смогли дать свои комментарии для публикации вместе с докладом. Когда готовились наши комментарии, я приболел, и они были переданы посольству США в Москве без меня. Выйдя на работу и узнав об этом, я прочитал этот документ с сопроводительной нотой, подписанной Ю. А. Решетовым, который в то время был начальником моего управления, и пришел в ужас. Медицинская часть комментариев была написана предельно конфронтационно и попросту грубо. Выгодно от нее отличалась юридическая часть, составленная профессором С. В. Бородиным и С. В. Полубинской. Медицинскую часть мы переделывали вместе с теми специалистами, которые не имели отношения к первому варианту. Но он-то был отправлен! Пришлось долго уговаривать Решетова заменить это безобразие новым текстом. В конце концов он согласился. А вызванный мною представитель американского посольства раз десять просил повторить, что предыдущий вариант аннулирован и что мы просим считать, что его не было. Наверное, он на меня смотрел примерно также, как я смотрел на Р. Фарранда в момент его срыва. Однако американцы проявили мудрость и, насколько мне известно, нигде ни разу не обмолвились об этой истории.

Вскоре после визита было восстановлено советское членство во Всемирной психиатрической ассоциации² и мое, честно говоря, волонтаристское обещание оказалось выполненным.

Сразу после окончания визита была внесена записка в ЦК КПСС с проектом его постановления, обосновывавшая необходимость принятия закона, о ко-

¹ Schizophrenia Bullutin. Nationale Institute of Muntal Health. Supplement to Vol. 15, No. 4, 1989, p. 134 – 137.

² Членство отечественной психиатрии в ВПА было восстановлено в лице НПА в октябре 1989 года и спустя два года — для РОП. Всесоюзное общество психиатров перестало существовать (прим. ред).

тором речь шла выше. Против этого уже не могли возражать ни медики, ни юристы.

Мощное сопротивление возникло с достаточно неожиданной стороны. Когда постановление ЦК уже, что называется, было “на выходе” особое мнение по этому поводу написал член политбюро Чебриков, возглавлявший до и в самом начале перестройки КГБ и при первой возможности убранный с этой должности Горбачевым. Я подготовил ответ Шеварднадзе на эту писанину. Министр его подписал и уехал в отпуск. Через какое-то время меня вызывают в секретариат Министра и показывают новую бумагу Чебрикова по тому же поводу. Тон бумаги был очень нехорош, и я решил подготовить адекватный проект ответа. Почему не принимать закон, если в его необходимости уверены и в Минздраве, и в Минюсте, и ведущие юристы, включая академика Кудрявцева? — говорилось в нем. Проект был отправлен Шеварднадзе на юг и он, несмотря на свою всегдашнюю деликатность, это неприкрытое издевательство подписал. Чебрикову крыть уже было нечем, и постановление, наконец, было принято.

О роли Чебрикова в создании и сохранении карательных механизмов говорит и следующее. После того, как психиатры были поставлены под контроль, он, несмотря на активное сопротивление МИДа, “пробил” Минздравовский документ, допускающий любой произвол на основании одного лишь подозрения в алкоголизме или наркомании. Разумеется, этот документ был также подготовлен карательными медиками. Думаю, что общество спасла от наркологических репрессий только отставка Чебрикова.

После принятия постановления ЦК работа по подготовке закона закрутилась вовсю. Председательствовал в межведомственной рабочей группе профессор В. П. Котов. Тон работе помимо него задавали С. В. Бородин и С. В. Полубинская, подготовившие авторский проект закона. Мне тоже приходилось ходить на все заседания, которые, кстати, проходили в институте Сербского, и выступать достаточно активно. Когда проект закона был готов и одобрен заинтересованными министерствами и ведомствами, я предложил заняться им члену комитета по законодательству Верховного Совета СССР А. Е. Себенцову, которого хорошо знал по работе над законом о свободе совести. Он сразу согласился.

Первое заседание рабочей группы Верховного Совета под его председательством проходило в октябре 1990 г. буквально накануне моего отъезда в Женеву для согласования “Принципов защиты лиц, страдающих психическими заболеваниями, и улучшения здравоохранения в области психиатрии”. На этом заседании присутствовал Л. Ротт, очень точно обозначивший в своем выступлении проблемы, которые по его мнению должен был решить закон.

Я считал, что “Принципы защиты лиц, страдающих психическими заболеваниями, и улучшения здравоохранения в области психиатрии” должны

быть приняты в таком виде, чтобы их можно было максимально эффективно использовать в наших внутренних баталиях. Разработанный проект закона давал мне достаточную свободу маневра.

Не буду подробно останавливаться на этом документе. Скажу лишь, что его принятие существенно помогло в разработке соответствующего закона. И еще одно. Сейчас, наверное можно признаться, что согласие на эти принципы от имени СССР в Женеве в ноябре 1990 года я давал без санкции Москвы. Во-первых, потому что я исходил из их необходимости. Во-вторых, отход, который я себе позволил от одобренного ведомствами законопроекта (по крайней мере я на это рассчитывал и этот расчет оправдался) я мог обосновать, конечно, не буквой, а духом законопроекта. Более того, я категорически воспротивился тому, чтобы содержание достигнутых договоренностей докладывались шифрсвязью в Москву, так как это могло бы поломать достигнутый компромисс — телеграмма неизбежно попала бы в Минздрав, и Чазов и его друзья — карательные психиатры — предприняли бы все возможное и невозможное для того, чтобы меня дезавуировать. В этом случае реформа нашей психиатрии вновь вернулась бы к своему начальному рубежу. В жизни общественной — я в этом глубоко убежден — максимальная информированность людей абсолютно необходима с тем, чтобы общество могло саморегулироваться, чтобы оно было гражданским, а государство правовым. Аппаратная, и в ряде случаев политическая борьба — дело иное. Для того, чтобы в ней добиться решений, нужных для общества и для каждого конкретного человека, порой бывает необходимо всю ответственность брать на себя. Но это возможно только в случае полной уверенности в своей правоте и готовности к немалому риску. Помимо этого, я убежден, что проводил линию высшей государственной власти. В данном случае я решился пойти на этот риск и пренебречь внутриведомственными дрызгами, которые могли испортить дело. И этот риск отчасти оправдался, так как удалось закольцевать проблему и добиться максимального учета Принципов в разрабатываемом проекте закона, который должен был приниматься Верховным Советом СССР осенью 1991 года. Августовский путч и вызванный им развал Союза сделал это невозможным. Однако работа не пропала даром — российский закон во многом повторяет наш проект.

Главное же — в период Перестройки удалось политическими и законодательными средствами остановить психиатрическую опричнину. Может ли она возродиться? Безусловно. Те, кто считают себя “государственниками” (то есть теми, для которых государство — все, человек — ничто), безусловно, как минимум, не возражали бы против этого. Для того, чтобы ликвидировать карательную психиатрию, потребовались годы напряженной борьбы. Чтобы ее возродить, достаточно даже не злой воли (хотя и ее нельзя иск-

лючать, особенно со стороны тех, кто благодаря этому упрочил бы свое положение в обществе, получил бы дополнительную власть), а простого недомыслия, ошибки, просчета.

От редактора. Воспоминания Андрея Анатольевича Ковалева раскрывают крупную с 1986 года роль в подготовке почвы для Закона о психиатрической помощи Э. А. Шеварнадзе и его помощника. Для психиатров это неожиданный и очень интересный аспект проблемы. Вне поля зрения автора остались другие мощные и более ранние течения, которые конвергировали в ту же сторону. Это были, в первую очередь, усилия самих больных и их родственников; усилия так наз. диссидентов, особенно Александра Сергеевича Есенина-Вольпина и Александра Пинхосовича Подрабиника; усилия выдающегося юриста-практика в области психиатрии Александра Иосифовича Рудякова, а также усилия внутри самой профессиональной корпорации врачей-психиатров Семена Самуиловича Гурвица, Игоря Яковлевича Дашевского и др. Усилия на высоком государственном уровне раньше не были известны, и в этом отношении воспоминания А. А. Ковалева открывают значительно больший горизонт, демонстрируя, что во всех социальных слоях были люди, сохранившие трезвый взгляд на вещи и волю к отстаиванию естественных прав человека.

Старая фотография

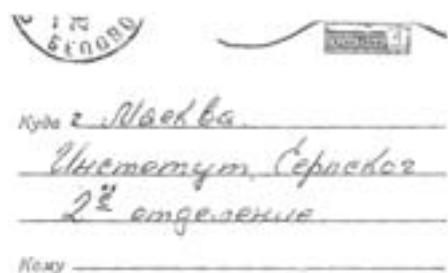
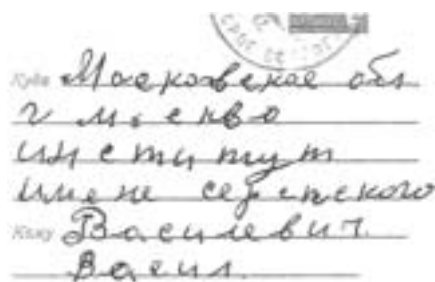
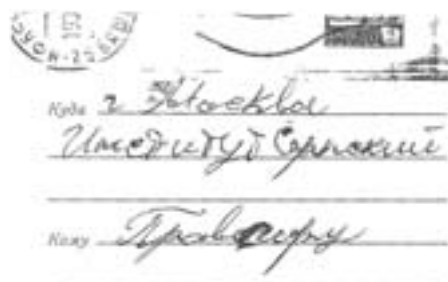
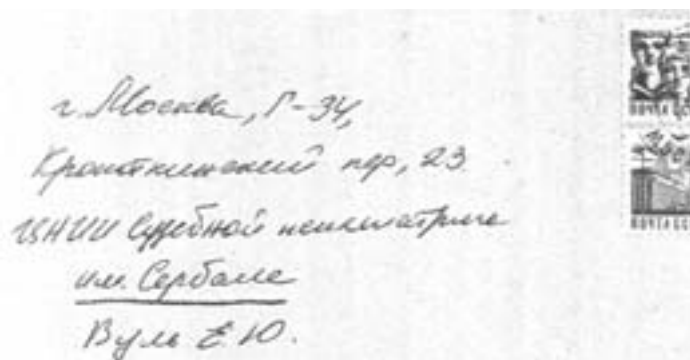


Московский психоневрологический диспансер № 2 (в ту пору, — на улице Веснина — недалеко от метро “Смоленская”). Кабинет главного врача — Тamarы Александровны Георгиевской. 1967 год. Консультация Николая Георгиевича Шумского (тогда — ассистент кафедры психиатрии ЦИУ врачей, консуль-

тировал у нас раз в неделю). Спinoй к нам сидит пациентка. Слева от Шумского — Т. А. Георгиевская, справа — психиатр-психотерапевт диспансера Давид Абрамович Черняховский.

Снимок психиатра-психотерапевта и нарколога диспансера Марка Бурно.

ПОСМЕЕМСЯ ВМЕСТЕ



* Продолжаем публиковать коллекцию, собранную Ю. Н. Аргуновой во время ее работы в ГНЦ социальной и судебной психиатрии им. В. П. Сербского (Москва, Кропоткинский пер., 23). Начало см. НПЖ, 2006, 3, 4; 2007, 1.

Куда 2 Москва
Центральный Научно-Расследова-
тельный Институт или Серьезные

630
Куда Москва Институт
Медико-гигиенического Министерства
Судебная Мед.
Кому доктору Института
Судебная Мед.

У-34 ГЯБРЬСКОЯ
РАЙОННАЯ ПРОКУРАТУРА СУД.
ПОЧТА СССР
Куда Пашкинское
Московское отделение милиции
отдела Трудовой инспекции при-
ему милиции Пашкинского и-к
или ул. Сербской

Москва 119
Кропоткинский пер. дом 23
Центр. Научно-Расследова-
тельный Институт или "Трудос" в
бульваре

Москва, пер. Кропоткинский пер
д. 23
Медико-гигиенический районный суд.
Кому Наряду Мамбога.

МОСКВА Т-34
Кропоткинский 23
Институт Академии
медич. наук СССР.
Т. Морозову? Б

Индекс предприятий связи и адрес
отправления

К 50-летию пьесы “Носорог” Эжена Ионеско

От редактора. На самом деле не к юбилею, а — увы! — к тому, что нет темы для нас более актуальной, чем массовое и все набирающее размах ОНОСОРОЖИВАНИЕ. В том числе наших коллег. Я помню грандиозное впечатление, которое произвело одно только чтение этой пьесы, когда она была напечатана в “Иностранной литературе” в 1965 г. в короткую оттепель. Теперь, по крайней мере, можно посмотреть ее на сцене крошечного зала театра Марка Розовского “У Никитских ворот” в Москве. 8 июля 2007 года Московское бюро по правам человека, Центр “Холокост”, “Московская трибуна” и сам главный режиссер театра с труппой организовали после спектакля его обсуждение. Кульминацией стала блестяще аргументированная отповедь Марка Розовского позиции, отстаивающей необходимость идеологии. Укорененность этого расхожего у нас мнения связана с авторитарным устройством общества и авторитарным сознанием (измеряемым “шкалой фашизма”): идеология (единомыслие) — это самое эффективное средство манипулирования массовым сознанием для достижения и сохранения власти. Идеология — это апология существующего строя (Карл Манхейм).



ЭЖЕН ИОНЕСКО О СВОЕЙ ПЬЕСЕ (ФРАГМЕНТЫ СТАТЕЙ)

“Ни единожды в жизни меня поражала резкая перемена в том, что можно было бы назвать общественным мнением, его быстрая эволюция, сила его заразительности, сравнимая с подлинной эпидемией. Люди внезапно начинают сплошь и рядом исповедовать новую веру, воспринимать новую доктрину, поддаются фанатизму... При этом присутствуешь при постепенной мутации мышления. Когда люди перестают разделять ваше мнение, когда с ними больше невозможно договориться, создается впечатление, что обращаешься к чудищам...”

... “Носорог”, конечно, антифашистская пьеса, но это еще и пьеса, направленная против всех видов коллективной истерии и против тех эпидемий, что роятся в одежке различных идей и разумности... Сторонники всех доктрин, как справа, так и слева, упрекали автора за то, что он изменил интеллектуалам, сделав своего главного героя таким простаком... Я хотел только показать всю бессмыслицу этих ужасных идеологических систем, то, к чему они приводят, как они заражают людей, облапошивают их, а потом загоняют в рабство”.

... “Собственно говоря, моя пьеса — даже не сатира: она достаточно объективное описание процесса

роста фанатизма, зарождения тоталитаризма, который усиливает свое влияние в мире, распространяется все шире, завоевывает все большие пространства, преображая мир целиком и полностью, в чем и заключается суть тоталитаризма. Пьеса должна проследить и обозначать этапы такого феномена”.

... “Лично я опасуюсь идеологий, которые вот уже лет тридцать только и делают, что насаждают онороживание, только и делают, что с помощью философии порождают в людях коллективную истерию, жертвой которой время от времени оказываются целые народы. Разве не идеологи изобрели нацизм?”.

... “Меня поражает успех этой пьесы. А понимают ли ее люди так, как следует? Распознают ли в ней тот чудовищный феномен омассовления, о котором я веду речь? А главное, все ли они являются личностями, обладают душой, единственной и неповторимой?”

МАРК РОЗОВСКИЙ О СВОЕЙ ПОСТАНОВКЕ (ЗАПИСИ С РЕПЕТИЦИЙ)

— Эта пьеса метафорическая, и нам, чтобы прочесть метафору, потребуется способность к ассоциативному мышлению, к которому зовет интеллект, особенно в условиях роста всеобщего дебилизма и онороживанья.

— Будет большой ошибкой, если мы посчитаем, что “театр абсурда” — это театр вне психологии, вне логики. Как раз наоборот. Каждый момент здесь имеет свое обоснование, каждое слово и действие — свою мотивировку.

— Пьеса написана в 58-м году, то есть в самый канун всемирного шестидесятничества, потянувшегося к свободе всерьез и надолго. В Германии она шла тысячи раз — это понятно, потому что немцы хотели стряхнуть с себя свастику. А в СССР и в Китае маоцзедуновском “Носороги” не шли, не могли идти, были запрещены, ибо носорожьи режимы не могли допустить внутри себя ничего человеческого. Сейчас мы, конечно, более свободны, но желание — массовое! — оскотиниться и жить в стаде у нас остается. Вот почему эта пьеса — оздоровительная пощечина и в наше время, и на будущее. Ее философская насмешливость актуальна и сейчас, это вообще одна из лучших пьес 20-го века, пьеса предупреждение на все времена. К тому же она бесконечно театральна и ее будет очень приятно играть.

ОТРЫВКИ ИЗ ПЬЕСЫ (5 ИЗ 80 СТР.)

(В провинциальном городке — сенсация: появился носорог, потом второй, их число начало быстро увеличиваться. Первая реакция обывателей, брезгливости и страха, постепенно, используя разные самооправдания, начинает меняться на противоположную. Хипповатый Беранже навещает своего заболевшего цеголеватого приятеля Жана)

Беранже. Ну позвольте, я все-таки вызову вам врача, прошу вас.

Жан. Ни в коем случае. Запрещаю категорически. Терпеть не могу упрямых людей. *(Входит в комнату)*

Беранже в испуге отшатывается: Жан совсем зеленого цвета и говорит с трудом, голос его почти неузнаваем.

Так вот, если он по своей воле или против воли превратился в носорога, может быть, это даже для него лучше.

Беранже. Что вы такое говорите, дорогой друг? Как вы можете так думать...

Жан. Вы во всем видите плохое. А если ему нравится быть носорогом, если ему это доставляет удовольствие? Что тут такого особенного?

Беранже. Конечно, в этом нет ничего особенного. Однако я сомневаюсь, чтобы это ему так уж нравилось.

Жан. А почему нет?

Беранже. Мне трудно объяснить почему, но это и так понятно.

Жан. А я скажу, что это совсем не так плохо. В конце концов, носороги такие же существа, как и мы, и они тоже имеют право на жизнь!

Беранже. При условии, если они не посягают на нашу. И потом, вы же представляете себе — как-никак совершенно разная психика.

Жан *(мечется из ванной в комнату и обратно)*. А вы думаете, наша лучше?

Беранже. Во всяком случае, у нас есть своя мораль, которая, по-моему, никак не совместима с моралью животных.

Жан. Мораль! Знаем мы эти разговоры о морали! Хороша мораль! Хватит с меня морали! Надо быть выше всякой морали.

Беранже. А что же вы предлагаете взамен?

Жан *(мечется взад и вперед)*. Природу!

Беранже. Природу?

Жан *(продолжая метаться)*. У природы есть свои законы. А мораль — противоестественна.

Беранже. Насколько я понимаю, вы хотите заметить законы морали законами джунглей.

Жан. И я там буду жить, буду жить.

Беранже. Это так только говорится. А на самом же деле никто...

Жан *(перебивает его, не переставая метаться)*. Нужно восстановить основы жизни. Вернуться к первобытной чистоте.

Беранже. Я с вами никак не могу согласиться...

Жан *(громко сопит)*. Дышать нечем!

Беранже. Ну подумайте сами, вы же должны понимать, что у нас есть философия, которой у животных нет, и огромное богатство незаменимых ценностей. Они создавались веками человеческой цивилизацией!

Жан *(из ванной)*. Разрушим все это, и всем будет лучше.

Беранже. Вы говорите несерьезно, вы шутите, фантазируете, как поэт.

Жан. Брр... (*Почти рычит.*)

Беранже. Я и не подозревал, что вы поэт.

Жан (*выходя из ванной*). Брр... (*Снова рычит.*)

Беранже. Я слишком хорошо вас знаю, что бы допустить, что вы действительно так думаете. Потому что вам не хуже, чем мне, известно, что человек...

Жан (*перебивает*). Человек... Не произносите больше этого слова!

Беранже. Я хочу сказать, человеческое существо, человечность...

Жан. Человечность свое отжила. Вы старое, сентиментальное чучело. (*Скрывается в ванной.*)

Беранже. Ну, знаете, как-никак разум...

Жан (*из ванной*). Избитые истины! Чепуха!..

Беранже. Чепуха?

Жан (*из ванной, совсем хриплым голосом, почти нечленораздельно*). Полнейшая!

Беранже. Меня удивляет, что я слышу это от вас, дорогой Жан. Вы просто не в себе. Вы что же, хотели бы превратиться в носорога?

Жан. А почему бы и нет? Я не страдаю вашими предрассудками.

Беранже. Говорите поясней. Я вас не понимаю. Вы плохо произносите слова.

Жан (*все еще в ванной*). Откройте пошире уши!

Беранже! Что?

Жан. Уши откройте! Я говорю, почему бы мне и не стать носорогом. Я люблю перемены.

Беранже. Услышать от вас... такое признание...

Беранже недоговаривает, потому что вдруг появляется

Жан в ужасном виде — он стал совсем зеленый, шишка на лбу почти превратилась в рог носорога.

О-о! Нет, вы, кажется, и в самом деле не в себе!

Жан бросается к кровати, сбрасывает на пол простыни и одеяло, злобно бормочет что-то, произносит какие-то бессвязные слова, издает бессмысленные звуки.

Да не сердитесь же, успокойтесь! Я, право, вас не узнаю.

Жан (*еле внятно*). Жарко... жарко. Истребить всю эту одежду, от нее чешется, чешется... (*Опускает пижамные штаны.*)

Беранже. Что вы делаете? Я вас не узнаю! Вы всегда были такой... сдержанный!

Жан. В болото! В болото!

* * *

Из последних сил он заносит ногу на подоконник и уже готовится перешагнуть через него, в сторону зала, но быстро отдергивает ногу, так как в эту минуту в оркестровой яме появляются рога носорогов, мчащихся друг за другом из одного конца ямы в другой. Беранже поспешно прыгает обратно и с минуту смотрит в окно.

Их там целое стадо! Армия носорогов! Вон они бегут по проспекту. (Озирается.) Как же я отсюда выберусь? Как я выберусь?.. Если бы они хоть шли посредине улицы, а то заполнили тротуар. Как же теперь выбраться? Как выбраться?

* * *

Отовсюду несется рев. Головы носорогов закрыли всю стену в глубине. Со всех сторон по всему дому слышен тяжелый ропот, громкое сопение зверей. Но теперь в этом шуме чувствуется какой-то ритм, и он кажется мелодичным. Сильнее всего шум и топот доносится сверху. С потолка сыплется штукатурка. Дом сотрясается.

... Беранже. Они все посходили с ума. Мир болен. Они все больны.

Дэзи. Не нам их вылечить.

Беранже. Как мы будем жить в одном доме с ними?

Дэзи (*успокаиваясь*). Надо быть рассудительными. Надо найти какой-то *modus vivendi* и постараться поладить с ними.

Беранже. Они не способны нас понять.

Дэзи. Нужно добиться, чтоб поняли. Другого выхода нет.

Беранже. А ты, ты их понимаешь?

Дэзи. Пока еще нет. Но мы должны попытаться понять их психологию, изучить их язык.

Беранже. Нет у них никакого языка! Послушай... это ты называешь языком?

Дэзи. Что ты об этом знаешь? Ты ведь не полиглот!

... Дэзи. Вот это молодцы! Какие они все веселые. Прекрасно чувствуют себя в своей шкуре. И совсем не похоже, что они помешались. Держат себя совершенно естественно. Выходит, они правы, что так поступили.

Беранже (*сжав руки, в ужасе смотрит на Дэзи*). Это мы правы, Дэзи, уверяю тебя.

Дэзи. Какое самомнение!

Беранже. Ты отлично знаешь, что я прав.

Дэзи. Абсолютной истины не существует. Прав мир, а не ты или я.

...Дэзи. Они поют. Слышишь?

Беранже. Не поют, а ревут.

Дэзи. Нет. Поют.

Беранже. Ревут, говорю тебе.

Дэзи. Ты с ума сошел. Они поют!

Беранже. У тебя, верно, нет никакого музыкального слуха.

Дэзи. Это ты, мой друг, совершенно не разбираешься в музыке; посмотри, они играют, танцуют.

Беранже. Это ты называешь танцем?

Дэзи. Они танцуют по-своему. И они такие красивые.

Беранже. Они отвратительны.

Дэзи. Я не хочу, чтобы о них говорили плохо. Мне это неприятно.

Беранже. Прости меня. Ну, не будем же мы с тобой из-за них сориться.

Дэзи. Они боги.

Беранже. Ты преувеличиваешь Дэзи. Посмотри на них хорошенько.

Дэзи. Не надо ревновать, дорогой. Прости и ты меня. *(Снова подходит к Беранже и пытается обнять его. На этот раз уклоняется Беранже.)*

Беранже. Я вижу, у нас с тобой совершенно противоположные взгляды. Нам лучше и не пытаться спорить.

Дэзи. Не надо быть таким мелочным, хватит тебе.

Беранже. Не надо быть душой.

Дэзи *(Беранже, который поворачивается к ней спиной и разглядывает себя в зеркало)*. Нам с тобой вместе жить нельзя, ничего не получится. *(В то время как Беранже продолжает смотреться в зеркало, она потихоньку идет к двери, говоря на ходу.)* Он совсем не добрый, нет не добрый.

Дэзи выходит, видно, как она медленно спускается по лестнице.

Беранже *(продолжая глядеться в зеркало)*. Как-никак, а человек — это все-таки не так противно. А ведь я далеко не красавец. Поверь мне, Дэзи! *(Оборачивается.)* Дэзи, Дэзи! Где ты, Дэзи? Нет, ты этого не сделаешь! *(Бросается к двери.)* Дэзи! *(Выбегает на площадку, перегибается через перила.)* Дэзи! Вернись моя маленькая Дэзи! Ты даже не позавтракала! Дэзи не оставляй меня одного! Ты мне обещала! Дэзи! Дэзи! *(Перестает звать и в отчаянии возвращается в комнату.)* Конечно, мы перестали друг друга понимать. Никакого согласия, ни в чем. Совместная жизнь распалась. Но как же она могла уйти не объяснившись?! *(Оглядывается, обводит глазами комнату.)* Не сказав ни слова. Так не поступают. Вот теперь я совсем один. *(Идет к двери, запирает ее на ключ, очень тщательно, но с явным раздражением.)* Я им не дам. *(Старательно закрывает окна.)* Вы меня не поймаете. *(Обращается к головам носорогов.)* Я за вами не пойду, я вас не понимаю. Я останусь таким, каков я есть. Я человеческое существо. Человеческое. *(Садится в кресло.)* Совершенно невыносимое положение. Я сам виноват в том, что она ушла. Я был для нее всем. Что теперь с ней станет? Вот еще один человек на моей совести. Мне лезет в голову все самое ужасное; самое ужасное может случиться! Бедная крошечка, брошенная на произвол судьбы, одна, в этом мире чудовищ! Кто мне поможет ее найти? Никто, потому что никого не осталось.

Снова оглушительный рев, топот, пыль столбом.

Не хочу их слышать. Заткну себе уши ватой. *(Затыкает уши ватой и разговаривает сам с собой, стоя у зеркала.)* Есть только один выход — убедить их, но в чем убедить? А такого рода мутации... они обратимы? Кто знает, обратимы ли они? И потом, это же как подвиг Геракла, это свыше моих сил. Прежде всего, для того чтобы их убедить, с ними нужно вступить в переговоры. А чтобы разговаривать с ними, мне нужно научиться их языку. Или им нужно научиться моему. А на каком языке я говорю? Какой у меня язык? Французский язык? Конечно, можно его назвать французским, если угодно, никто не может это-

го оспорить, только я один и говорю на нем. А что я говорю? Понимаю ли я сам себя? Я — себя — понимаю? *(Идет на середину комнаты.)* А что, если, как сказала Дэзи, правы они? *(Возвращается к зеркалу.)* Человек не уродлив, не уродлив! *(Смотрится в зеркало, проводит рукой по лицу.)* Как странно! Но на что же я похож? На что? *(Бросается к шкафу, достает фотографии, смотрит, перебирает их.)* Вот снимки! Что это за люди? Мсье Папийон, а может быть, Дэзи? А это кто — Ботар, или Дюдар, или, может быть, Жан? А может быть, я сам? *(Опять бросается к шкафу и достает две-три картины.)* Да, я себя узнаю, это я, я! *(Идет, вешает картины на стену в глубине, рядом с головами носорогов.)* Это я, я.

Когда картины развешаны, видно, что на них изображены старик, толстая женщина, мужчина. Уродство этих портретов особенно выступает рядом с головами носорогов, которые стали очень красивыми. Беранже отходит на шаг, разглядывает картины.

Некрасивый я, совсем не красивый. *(Срывает картины и с яростью бросает их на пол. Идет к зеркалу.)* А они красивые. Я был не прав. Ах, как бы я хотел быть таким, как они. Жаль, что у меня нет рога. Как это безобразно — совсем гладкий лоб. Как было бы хорошо — один или два рога, сразу бы все подтянулось, а то вон как обвисло. Но, может быть, это еще случится, и мне не будет стыдно, и я пойду к ним, и мы все будем вместе. Но у меня почему-то рог не растет! *(Смотрит на ладони.)* И руки у меня какие-то влажные. Станут ли они когда-нибудь жесткими? *(Снимает пиджак, расстегивает сорочку, рассматривает грудь в зеркало.)* А кожа какая дряблая! Ах, это чересчур белое, волосатое тело! Как бы я хотел, чтобы у меня была жесткая кожа, такого чудесного темно-зеленого цвета, совсем голая, без растительности, как у них! *(Прислушивается к реву.)* Их пение не лишено приятности, немного резко звучит, но есть в нем какая-то своеобразная прелесть! Ах, если бы и я мог так. *(Пытается подражать.)* Агх! Агх! Брр. Нет, не то. Попробуем еще, погромче! Агх! Агх! Брр! Нет-нет, совсем не то, слабо, никакой мощи в голосе. У меня не получается рева. А только вой. Агх! Агх! Вой — это совсем не рев. Зачем же теперь раскаиваться, надо было идти за ними вовремя... Теперь уже поздно — увы! Я чудовище, чудовище! Мне уже никогда не стать носорогом, никогда, никогда! Я не могу измениться. Я бы так хотел, так хотел, но не могу. Я больше не могу на себя смотреть, мне стыдно! *(Поворачивается спиной к зеркалу.)* Я так уродлив! Горе тому, кто хочет сохранить своеобразие! *(Вздвигнув, застывает на месте.)* Ну что ж, делать нечего! Буду защищаться! Один против всех! Где мое ружье, ружье мое! *(Поворачивается лицом к стене, на которой видны головы носорогов. Кричит.)* Один против всех! Я буду защищаться! Один против всех! Я последний человек, и я останусь человеком до конца! Я не сдамся!

Занавес

НЕКРОЛОГ

Владимир Григорьевич Батаев (1941 – 2007)



Владимир Григорьевич Батаев — врач-психиатр высшей квалификационной категории, в течение 16 лет главный врач одного из центральных ПНД Москвы, часто выступавший в роли судебного-психиатра-эксперта, в течение 10-летия был председателем комиссии специалистов НПА России, членом редколлегии Независимого психиатрического журнала и его активным регулярным автором. Он первый сразу безошибочно разобрался в громком и долгом процессе над буддийской организацией “Учение Истины АУМ” (“Тоталитарные приемы борьбы с так называемыми тоталитарными сектами”, НПЖ, 1994, 3).

Владимир Григорьевич родился в декабре 1941 г. в г. Выкса Новгородской области в семье строителя, в 1965 году закончил Горьковский медицинский институт. В школе и институте играл в любительских спектаклях, сохранил влечение к сочинительству, печатался в “Юности”, но по преимуществу писал “в стол”. Проработав несколько лет педиатром, с 1968 г. — в психиатрии. С 1970 г. в Москве, участковый психиатр диспансера. В 1976 – 1992 гг. — главный врач Московского ПНД № 15, который размещался тогда в старинной усадьбе в центре города на Мясницкой улице напротив знаменитой постройки Ле Корбюзье (ЦСУ). В 1993 – 2005 гг. — участковый врач, с 1973 по 1995 гг. — множество благодарностей, грамот, премий, наград.

В течение десятилетия (1993 – 2002 гг.) он активный член НПА России, который занимался, прежде всего, экспертной деятельностью и вел все эти годы рубрику НПЖ “Из досье эксперта”. Его аналитические описания экспертных казусов превращались в художественные миниатюры с ясным анализом и горьким юмором. Обличенные в такую форму, они западают в память, стимулируют к поиску решений. Все эти истории до сих пор типичны и представляют всеобщий интерес, а некоторые — экстраординарный интерес (“Если Вы — “persona non grata”, “Зомбированный” депутат”, “Неугоден к службе”, “Досадные пятна”, “Социально опасный синдром Плюшкина”, “Диагноз на кофейной гуще”, “Ату его, ату!”, “Правозащитник должен сидеть” и др.).

Владимир Григорьевич — всегда подтянутый, худощавый, сдержанный, строгий, джентльмен во всем, приветливый и доброжелательный, на деле был всегда для самого себя под знаком туберкулеза, и в последнее десятилетие своей жизни так и выглядел. Он был человек, который в преодолении этого делал себя сам. Круг его профессиональных и художественных интересов (библиофил) отличался строгим выбором и тонким вкусом. Сам сензитивный, он хорошо чувствовал людей, проявлял решительность на фоне мягкой, несколько застенчивой манеры общения, — реликт чеховского персонажа. Он был клиницист от

природы, тонкий, взвешенный, с высокой рефлексией, выучки школы А. В. Снежневского. В сложных экспертных случаях — толерантный к любым непрофессиональным влияниям.

Последние годы его жизни были омрачены не только неумолимо наступавшей болезнью, но какой-то запрограммированностью на саморазрушение, что повергало всех нас, близких ему людей, в уныние от своей беспомощности. Как это отрезвляет от профессионального снобизма!

Владимир Григорьевич оставил сына Андрея, внука, племянника, ставшего психиатром в Берлине, и не теряющие своей актуальности пронизательно-ироничные тексты почти в 40 выпусках Независимого психиатрического журнала.

В. Г. писал стихи и прозу. Мы как-то напечатали (под псевдонимом) его замечательные воспоминания (НПЖ, 2001, 4, 81 – 84). А вот одно из его стихотворений.

СМЕРТИ

Приди. Возьми меня. И калечь.
Окрути и измучь меня агонией.
Брось в крематорий. В пекло. В печь.
Обесчеловечь. И в огонь. В огонь.

И наслаждайся...
Смерти пляскою.
Насилуй чувства. Люби и мучь.
Пугай меня мглою и льдом Аляски.
Дулом. Голодом. Высотою круч.

Брось меня щепкой в содом Ниагары.
В потопа. В пожары. В крокодилу пасть.
Во все ущелья земного шара,
Где можно безумствовать. И упасть.

Или в безбрежное море снежное.
Укачай. Убаюкай. Сладкую песнь сложи.
Да, ты сильна. Ибо ты — неизбежна.
Неизбежна как разум, любовь и жизнь.

1960 г.

Рекомендуем:

КЛИНИЧЕСКИЕ РАЗБОРЫ В ПСИХИАТРИИ

под ред. проф. А. Г. Гофмана
М., 2006

(собрание избранных клинических разборов из НПЖ)

ПСИХИАТРИЯ.

Справочник практического врача
под ред. проф. А. Г. Гофмана
М., 2006

С. Ю. Циркин

АНАЛИТИЧЕСКАЯ ПСИХОПАТОЛОГИЯ
М., 2005

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

РЕКОМЕНДАЦИИ

Блаженный Августин. Христианская наука или основания священной герменевтики и красноречия. — СПб., 2006

Макс Шелер. Философские фрагменты из рукописного наследия. — М., 2007

Пауль Натопи. Избранные работы. — М., 2006

Ханс-Георг Гадамер. Пути Хайдеггера: исследования позднего творчества. — Минск, 2007

Густав Шпет. Конспект лекций по истории наук // Философия науки. Методология и история конкретных наук. — М., 2007, с. 589 – 614

Исследования аналитического наследия Львовско-Варшавской школы. Выпуск 1. — СПб., 2006

Умберто Эко. Поиски совершенного языка в европейской культуре. — СПб., 2007

В. Вахштайн (ред.). Социология вещей. — М., 2006

* * *

Мишель Фуко. Психиатрическая власть. — СПб.: “Наука”, 2007

М. Я. Басов. Воля как предмет функциональной психологии. — СПб., 2007

М. Я. Басов. Общие основы педологии. — СПб., 2007

А. А. Леонтьев (ред.). Словарь Л. С. Выготского. — М., 2007

Марина Бутовская. Гомосексуализм и эволюция. — Фрязино, 2005

Проституция в России. Репортаж со дна Москвы Константина Борового. — М., 2007

* * *

Дон-Кихот в России. — М., 2006

* * *

Раймон Арон. История XX века. — М., 2007

* * *

Рюдигер Сафранский. Шиллер или открытие немецкого идеализма. — М., 2007

Марианна Вебер. Жизнь и творчество Макса Вебера. — М., 2007

А. Е. Снесарев. Жизнь и труды Клаузевица. — М., 2007

Рене Петер. Одно лето с Марселем Прустом. — М., 2007

С. Валянский, И. Недосекина. Четыре встречи. Жизнь и наследие Николая Морозова. — М., 2006

* * *

Ричард Лури. Сталин. Автобиография. — М., 2007

ABSTRACTS AND TRANSLATION

Liability of Psychiatrists for Substandard Treatment and Professional Negligence in the USA

V. V. Motov

The paper considers issues of psychiatric malpractice and addresses such topics as standard of care (the “average practitioner” standard and a “reasonably prudent practitioner” standard), causation in negligence actions, and the liability of therapists and health care institutions for patient suicide. In this connection I review *Weathers v. Pilkinton* (1988), *Muse v. Charter Hospital* (1995), and especially *Williamson v. Liptzin* (2000), and their implications. “Respectable Minority Doctrine” and its possible

impact on alleged negligence in the selection of treatment modality is discussed in light of *Osheroff v. Chestnut Lodge, Inc.* (1985). Therapist-patient sexual contact, the liability of a therapist for a sexual relationship initiated by the therapist under the guise of treatment of his/her patient, and claims for negligence against physicians based on a mishandling of the transference/counter-transference in the course of treatment are discussed using *Darnaby v. Davis* (2002) primarily and *Zipkin v. Freeman* (1968).

The Case of Larisa Arap or How One Can Admit Anyone to Mental Hospital

Rude involuntary admission to the Murmansk mental hospital of Larisa Arap, the activist of the United Civil Front of Harry Kasparov Larisa Arap for antispsychiatric interview in a special issue of this organization’s newspaper dedicated to appeal to the Dissenters March has led to commotion in national and foreign media as example of using psychiatry for political purposes. The commission created by the RF Ombudsman of human rights on the initiative of the IPA of Russia has agreed with diagnosis and treatment of Larisa Arap, but found as absolutely groundless qualification her as representing “direct danger” for herself and associates and exposed a series of legal violations.

Still, the head physician and the prosecutor insisted on that arbitrary wording, having satisfied ambitious of local administration. The Ombudsman at a very representative press conference recommended doctors without waiting for cassation to send Larisa Arap to out-patient therapy in the interests of all sides including prestige of the country. That was accomplished.

However, the leadership of the Serbsky Center, not aware of the essence of the matter and not willing to thoroughly examine it, rudely disputed in radio interview the opinion of the commission, confirming by it their reputation of the Center of “police psychiatry”, that is the most important is not protection of the patient, but protection from patients.

The description of the work of the commission on the IPA site was cut by two third as a result of attack on it, which changed its sense to opposite. Simultaneously was broken up computer of the person empowered to act for L. Arap — leader of the Murmansk department of Kasparov Front.

The case of Larisa Arap — far from being the first and not the rudest one served as a precedent — where will Russian psychiatry go, or to be more correct, to where the authorities lead it. Undoubtedly we are on the threshold of possible large scale use of psychiatry for political purposes, for which authorities order already is not required. All technologies have been elaborated and are ready. This will happen automatically. Qualification of danger in practice now shows that

– nowadays anyone can be admitted to mental hospital absolutely arbitrarily, on the pretext of danger in view of reaction of protest against unexpected involuntary hospitalization;

– our successful opposition to attempts of the Serbski Center in 1998 – 2003 to strike off in words “direct danger” the word “direct” has changed to monopolistic arbitrary reading of this concept.

Now the authorities are required to use strong words to extremely fervent executors, who neglect image of the country.

The Case of Elena Popova or Arbitrary Interpretation of Danger and Involuntary Hospitalization in Mental Hospital to Please Authorities

Elena Popova, a young successful employee of a firm, who is keen on establishing close relations with famous

women, having met rebuff by the State Duma Deputy S. E. Savitskaya switched her attention to the Serbsky

Center Director, Chief psychiatrist of the Health Ministry T. B. Dmitrieva. However, her importunity and telephone calls to the Director's home caused irritation. The attempt of E. Popova to stop the car of Dmitrieva to hand her own appeals had led to involuntary hospitalization of Elena in mental hospital as if representing "direct danger to herself and social surroundings". Although three professors who had been consulting her subsequently pointed out that she didn't need inpatient treatment, she was discharged only two and a half month later. Bearing Dmitrieva a grudge Elena decided to file a suite in court and asked help from the IPA of Russia, but the Association managed to dissuade her from it. One and a half month later, taking court ruling Popova discovered the fact that she had feared most: her diagnosis was put down as "schizophrenic personality disorder" instead of "schizotypal personality disorder". She applied to out-patient center with the request to define diagnosis more exactly, but met rude response. In spite of our explanations that it was evidently a mistake Elena Popova went to reception of Savitskaya to complain against Dmitrieva. The conversation between the two ended in a way as Savitskaya wrote in her statement — "Elena Popova threw on the table the envelope with 30 thousand rubles with words: "This is for you for my pointing your car!" Six month before someone smeared with red paint snow white car of Savitskaya, but militia didn't didn't find anyone responsible for it. Savitskaya called militia and handed them Popova with her request: "I request to protect myself and my property from further victimization and doing harm".

Elena Popova was again hospitalized in mental hospital with diagnosis "paranoid schizophrenia" on the basis again of p. "a" Article 29! The hospital reception repeated it. Next day the commission of doctors changed diagnosis: "exacerbation of latent schizophrenic process with hypomanic-overestimated reaction" and basis for hospitalization: p. "c" Article 29 (substantial harm to health resulting in absence of psychiatric care). The court agreed with it and a month later a consultant returned to former diagnosis — "schizotypal personality disorder", but wrote: "Taking into account inadequate evaluation by the patient of illegality of her behavior and connected with it risk of inadequate behavior in future, treatment in inpatient facility should be recommended". At the very beginning of her hospitalization Popova stressed that she agreed for out-patient treatment.

Replying to question: "How do you regard Dmitrieva now?" she said: "For me Dmitrieva doesn't exist" — "And Savitskaya?" — "I like her as before. She is a woman of principle, determination and full of energy" —

"Do you regard her kindly even now?" — "Yes, she is not to blame, she is such a person" — "Did you really smeared her car?" — "No".

How one can understand psychiatrists, who detected there danger according to the Article 29 "a"?

The factor, which substantially complicates an answer, is tendentiousness of psychiatrists themselves: still often broad interpretation of psychiatric diagnostics, still preconceived approach to homosexuality which is far from ICD-10 concepts, still simplified understanding of psychopathological, pathopsychological and psychological mechanisms, which absolutely don't rule out each others and finally dominating over all this easily evident interest of high authorities.

Some opponent in this case may find inadmissible attempt of psychiatrists to meddle into non medical problems, to cure from love, consider homosexual love as delusion and as a result produce storm of indignation.

But psychopathological character of Popova's reaction is proved by her characteristic behavior in response to refusal of reciprocal feeling, which was expressed in clear cut and decisive way. Switching for some time to Dmitrieva, Elena Popova was continuing to impose her feelings on her first "sweetheart". On clinical background the matter is of socially active and professionally successful woman, where absence of family corresponds to her nontraditional orientation. Evident is inclination to cycloymic and situational changes of mood and predominant ideas in the framework of personality accentuation. On the wave of cycloid animations she was getting into the above mentioned collisions.

In any case there was no danger whatsoever to herself and her associates, reasons for hospitalization were absent not only according to point "a", but also to point "c". Hospitalization for the second time they have managed to carry out in artificial way: transfer to daily treatment center after the first hospitalization was registered as a new hospitalization.

As far as the danger to the property is concerned, it is possible to assume that absorbing like a sponge all information on the subject of her attention, Elena Popova knew about smearing the car of Savitskaya and her avowal of guilt was self-accusation. But mainly the doctors duty is not to allow the patient to testify against himself/herself. Finally the prophylactic approach naturally corresponds with out-patient therapy and not with the inpatient one. So, the degree of danger in this case was easily determined by wishes of authorities. And that predetermined the course of events in spite common sense.

ISSN 1028-8554

НЕЗАВИСИМАЯ ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ АССОЦИАЦИЯ РОССИИ
INDEPENDENT PSYCHIATRIC ASSOCIATION OF RUSSIA

**НЕЗАВИСИМЫЙ
ПСИХИАТРИЧЕСКИЙ
ЖУРНАЛ**

**INDEPENDENT
PSYCHIATRIC
JOURNAL**

**ВЕСТНИК НПА
IPA HERALD**

III

2007

МОСКВА

**СПЕЦИАЛИСТЫ
НЕЗАВИСИМОЙ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ АССОЦИАЦИИ РОССИИ**

ведут прием граждан

**по вопросам нарушения прав лиц с психическими расстройствами
и их родственников**

(общественная приемная):

по средам — с 13 до 17 час.

Москва, Лучников пер., 4, подъезд 3
М. “Китай-город”

Комиссия специалистов (по предварительному назначению)

работает по вторникам с 16 до 20 час.

Телефон для справок: (495) 221-41-63; факс: 621-1418; E-mail: info@npar.ru

*Адрес для корреспонденции: 101000, Москва, Лучников пер., 4, под. 3,
Российский исследовательский центр по правам человека.*

ПРИНИМАЮТСЯ ЗАКАЗЫ НА ИЗДАНИЯ НПА РОССИИ:

Артур Кронфельд

**СТАНОВЛЕНИЕ СИНДРОМОЛОГИИ И КОНЦЕПЦИИ ШИЗОФРЕНИИ
(работы 1935 – 1940 гг.)**

М., 2006, 758 стр., (тираж ограничен)

*Это заветное чтение наших лучших клиницистов,
содержащее грандиозную панораму столкновения различных подходов,
становление клинико-психопатологического анализа
и обоснование нозологии на таком уровне понимания,
который оставляет далеко позади ее современную критику*

Ю. Н. Аргунова

**ПРАВА ГРАЖДАН С ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ
Вопросы и ответы — М., 2007**

*Издание второе, переработанное и дополненное
(вдвое расширенное издание с учетом изменений по январь 2007 г.)*

*ЗАЯВКИ на издания НПА направлять по адресу:
119602, Москва, Олимпийская деревня, д. 15, кв. 61.
Аргуновой Юлии Николаевне*

ПРОДАЖА

в газетном киоске издательства «Экспресс-хроника» у выхода из метро «Чеховская»

«НЕЗАВИСИМЫЙ ПСИХИАТРИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ»

Индекс для подписчиков: 73291

- 1991, I: Устав НПА — Антипсихиатрия сегодня — О психической заразительности.
- 1992, I-II: Проблема предмета советской психиатрии — Начальное бредообразование — Затухание бреда — Доклад комиссии ВРА о визите в СССР в 1991 г.
- 1992, III-IV: Герои и антигерои советской психиатрии — Дело генерала Петра Григоренко.
- 1993, I-II: Интрацепция и ипохондрия — Проблема идентификации — Практика и техника психоанализа.
- 1993, III-IV: Взгляд на амер. психиатрию XX в. — Границы sch.
- 1994, I: Нелекарственная терапия психозов — Выбор приоритетов — Типология деперсонализации.
- 1994, II: О бреде — Феноменология меланхолии.
- 1994, III: Деят. НПА за 1989–1993 гг. — Ответствен. за незаконное стационарирование — Врач. тайна — О школе Столбуна.
- 1994, IV: Психоанализ в противоречиях — Биографический метод — Терапия смыслоутраты.
- 1995, I: О вялотекущей шизофрении — О диагностике — Митрополит Антоний о медицинской этике.
- 1995, II: Об институциональной психотерапии — О границах психотерапии — Об этнопсихиатрии — Дело АУМ.
- 1995, III: DSM-IV — Бенедетти о психотерапии шизофрении — Психология свидетельских показаний.
- 1995, IV: Гематол. психоанал. — Психиатрия — Представительство интересов психич. б-ных — VII съезд НПА и XII съезд РОП.
- 1996, I: Ясперс о бреде ревности (1) — Психиатрия и права человека — О мышлении по аналогии.
- 1996, II: Ясперс (2) — Психиатрия и нейрофизиология — Психиатрия в III Рейхе/ГДР и СССР/России — Обращение в Думу и Правительство.
- 1996, III: Ясперс (3) — Клинический разбор — Образ человека и мозг — Правовые казусы — О психоанализе.
- 1996, IV: Ясперс (4) — Конгресс в Мадриде — Психиатрия и религия — Памятка для пациентов об их правах.
- 1997, I: Интуиция в психиатрии — Новая парадигма. I — Ответ д-ру С. Глузману.
- 1997, II: Предложения к Закону — Метод идеальных типов — Новая парадигма. II — Психиатрический ГУЛАГ.
- 1997, III: Сто лет психоанализа — Новая парадигма. III — Психиатрия и религия.
- 1997, IV: Гуссерль и Ясперс — Новая парадигма. IV — Юбилей Бехтерева — Патографии Ленина и Хрущева.
- 1998, I: Гуссерль и Ясперс — Новая парадигма. V — Законы о наркотиках — Экспертиза Бехтерева по делу Бейлиса.
- 1998, II: Деятельность НПА в 1997 г. — Развитие психиатрической помощи в России — Основы этических стандартов в психиатрии — Детская психиатрия.
- 1998, III: Структура идентичности и психоз — О предмете социальной психиатрии — “Тирания психиатрии” и “тирания права” — Сорокин об ошибке русской интеллигенции.
- 1998, IV: Концепция психопатологического диатеза — Полемика о путях борьбы с наркоманиями — Психиатрия и религия — Курт Гольдштейн: Принцип целостности.
- 1999, I: Курт Шнайдер. Религиозная психопатология (1) — Психотерапия — Экспертиза “Свидетелей Иеговы” — Басня о психотронном оружии.
- 1999, II: Шнайдер (2) — Социальная психиатрия — Психотерапия — Всероссийский семинар к 10-летию НПА.
- 1999, III: Шнайдер (3) — Тенденции российской психиатрии — Экспертиза сайентологов.
- 1999, IV: Кризис современной психиатрии — ЭЭГ при молитве и голодании — Психиатрия и религия — Дело Платона Обухова — Этика экспертизы.
- 2000, I: Рильке — Об-ва родств. б-ных — Полемика — Проект Закона.
- 2000, II: Кассирер: Техника политических мифов — “Открытый диалог” — Экспертиза парасуицида — Корсаковская экспертиза — Дело Шмита (1).
- 2000, III: Критика МКБ-10 — Психофармакология — Социальная и судебная психиатрия — Дело Шмита (2).
- 2000, IV: X-ый съезд НПА России: Проблема доверия — Обсессивный синдром — Опасные действия больных — Ганнушкин — Зейгарник — XIII съезд психиатров России.
- 2001, I: X съезд НПА России — проблема доверия — Дискуссия о судебно-наркологической экспертизе — Парадоксы невменяемости — Концепция “промывания мозгов” — фальшивка ЦРУ — Об экспертизах саентологов и иеговистов.
- 2001, II: Экзистенциальный анализ восприятия князя Мышкина — Психопатол. диатез — О психич. здоровье и состязат. эксп. — Экспансия идеологии на психич. здоровье.
- 2001, III: Крепелин — Нет — метадону — Признаки упадка психиатрии (1) — Эпическая терапия — Дело Столбуна.
- 2001, IV: Кронфельд — Психология в психиатрии — Признаки упадка отечественной психиатрии (2) — Положение психически больных в регионах России — Психиатрия и религия.
- 2002, I: Русский Пинель — Саблер — Кронфельд — Врачебная тайна — Письмо из Бутырок.
- 2002, II: Балинский — Кронфельд — Регуляция психиатр. помощи — Психиатрия катастроф — Эксп. Буданова — Доклад ВОЗ.
- 2002, III: Якобий — Кронфельд — Регуляция психиатр. помощи — Наркология — Экспертиза Буданова — XII конгресс ВРА.
- 2002, IV: Роршах — Пленарные лекции конгресса ВРА — Судебно-психиатр. экспертиза и новый ГПК — Иск к Библии — О гипнозе — Съезд психотерапевтов.
- 2003, I: Н. Гартман — Эксп. Буданова 3 — Пресса и психич. здоровье.
- 2003, II: Рохлин — Фрумкин — О предмете психиатрии — Мониторинг ПБ России 1.
- 2003, III: Ясперс — Ануфриев — Критика поправок закона — Эксп. Буданова 4.
- 2003, IV: Штернберг — Есенин-Вольпин — Дело Ракевич — Демедицинизация — Эксп. оценка психич. ретардации.
- 2004, I: Снежневский — Псих. инфантилизм — Мониторинг ПБ — СПЭ.
- 2004, II: 15-летие НПА России — Патогенез энд. депр. — СПЭ — Что такое “контроль сознания”?
- 2004, III: Розенштейн — Мониторинг ПБ — Отрав. психоакт. в-вами — Кризис психиатрии — Новая редакция закона.
- 2004, IV: Корсаков — Шизофрения — О реформе психиатрической помощи — “Обезьяний процесс” — Тюремная медицина.
- 2005, I: Кандинский — Наркополитика — Множественная личность — Интервью Ясперса.
- 2005, II: Папа Иоанн Павел II — Конфликт интересов — “Обоснование” упразднения негосуд. СПЭ.
- 2005, III: II мировая война — Расстройства памяти — О Ясперсе.
- 2005, IV: 15 лет НПА — Диагностич. системы — Лат. формы антипс. — Рекур. sch. — Съезды ВПА и РОП — О Ясперсе.
- 2006, I: Крамер, Снесарев — Феноменологич. подход — Главн. пробл. психопатологии.
- 2006, II: Крепелин, Фрейд — Факты и ценности в псих. д-зе — Европейский план действий по охране психического здоровья.
- 2006, III: Уничт. пс. больных — Бассин — Фуко — Суд. пс. — О Ясперсе.
- 2006, IV: Розанов — Лопес Ибор — Р-во критики — 38 ст. — Реформы — Группы поддержки.

Материалы для публикации присылать по адресу:

125581, Москва, ул. Ляпидевского, д. 18, кв. 41, Ю. С. Савенко; E-mail: info@npar.ru

Статьи следует сопровождать резюме для перевода на английский язык

Телефон редакции (495) 623-1348

Адрес для корреспонденции: 101000, Москва, Лучников пер., 4.

Российский исследовательский центр по правам человека. НПА России