

ISSN 1028-8554

НЕЗАВИСИМАЯ ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ АССОЦИАЦИЯ РОССИИ
INDEPENDENT PSYCHIATRIC ASSOCIATION OF RUSSIA

**НЕЗАВИСИМЫЙ
ПСИХИАТРИЧЕСКИЙ
ЖУРНАЛ**

**INDEPENDENT
PSYCHIATRIC
JOURNAL**

**ВЕСТНИК НПА
IPA HERALD**

III

2008

МОСКВА

Издание НПА

Регистрационный номер журнала 0110764

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

МЕЖДУНАРОДНЫЙ
РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ
ПО ФЕНОМЕНОЛОГИЧЕСКОЙ
ПСИХИАТРИИ

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

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ

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

INTERNATIONAL
EDITORIAL COUNCIL
ON PHENOMENOLOGICAL
PSYCHIATRY

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

EDITORIAL BOARD

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

Сдано в набор 15.09.2008. Подписано в печать 29.09.2008. Формат 60×84 1/8.
Бумага типографская офсет № 1. Гарнитура “Таймс”. Печать офсетная.
Тираж 1000 экз. Заказ № 2008-03-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
тел./факс: (495) 482-5590, 482-5544.

СОДЕРЖАНИЕ

ВЫДАЮЩИЙСЯ ВКЛАД В ПСИХИАТРИЮ ГРУЗИНСКОЙ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ШКОЛЫ	
70-летие работы “Психология установки” (1938) Дмитрия Узнадзе	5
40 лет работе “Феноменология психотических переживаний” (1968) И. Т. Бжалава	6
К 30-летию международного симпозиума “Бессознательное”, Тбилиси, 1979	6
АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ПСИХИАТРИИ	
Навстречу МКБ-11 — Ю. С. Савенко	8
Номиналистические аспекты клинической психопатологии: бред и мономании — Н. Ю. Пятницкий.	11
“Локус контроля” Джулиана Роттера с позиций психометрии — И. Э. Секоян (Ереван, Армения).	18
КЛИНИЧЕСКИЕ РАЗБОРЫ	
Атипичный МДП или шизофрения? — ведущий А. Ю. Магалиф	26
ПСИХИАТРИЯ И ПРАВО	
Опека над недееспособными: законодательные новеллы (часть 2) — Ю. Н. Аргунова.	37
Обращение НПА России к Генеральному прокурору РФ	43
Приказ Минздравсоцразвития России отменен.	45
ИЗ ДОСЬЕ ЭКСПЕРТА	
Второй “обезьяний процесс” в Москве.	47
СУДЕБНАЯ ПСИХИАТРИЯ	
Обзор избранных публикаций “Журнала Американской академии психиатрии и права”: Алан Стоун и американская судебная психиатрия — В. В. Мотов (Тамбов)	52
РАБОТЫ МОЛОДЫХ УЧЕНЫХ	
Об особой форме зрительного “галлюциноза” у патологических азартных игроков — Денис Автономов.	58
Нейропсихологическое исследование пространственного восприятия при гипнотической возрастной регрессии — И. А. Федотов (Рязань)	62
ОТКЛИКИ, ИНТЕРВЬЮ	
Интервью о законопроекте “О биомедицинских исследованиях” О. М. Щуковской	65
ИСТОРИЯ	
120 лет Рязанской областной психиатрической больнице им. Н. Н. Баженова.	69
100 лет Троицкой психиатрической больнице (Московская гор. ПБ № 5)	71
Миф о гравидане. К предыстории Московской обл. ПБ № 5	73
ХРОНИКА	
Заседание Экспертного совета при Уполномоченном по правам человека в РФ	90
Две монографии НПА России	91
ПСИХОПАТОЛОГИЯ И ТВОРЧЕСТВО	
Отклик на наше время в стихах — Виктор Каган (Даллас, США)	94
НЕКРОЛОГ — Елена Николаевна Прокудина (Канторович)	96
РЕКОМЕНДАЦИИ	97
АННОТАЦИИ	98

CONTENT

THE PROMINENT CONTRIBUTION OF THE GEORGIAN PSYCHOLOGICAL SCHOOL TO PSYCHIATRY	
70 years of the work “Psychology of attitude” by Dmitriy Uznadze (1938)	5
40 years of the work “Phenomenology of psychotic experiences” by I. T. Bzhalava (1968)	6
30 years of international symposium “Unconsciousness”, Tbilisi, 1979	6
URGENT PROBLEMS OF PSYCHIATRY	
Towards ICD-10 — Yu. S. Savenko	8
Nominalistic aspects of clinical psychopathology: delusion and monomanias — N. Yu. Pyatnitski.	11
“Locus of control” by Julian Rotter from positions of psychometria — I. E. Sekoyan (Erevan, Armenia).	18
DISCUSSION OF A CLINICAL CASE	
Atypical mania-depressive psychosis or schizophrenia — A. Yu. Magalif	26
PSYCHIATRY AND LAW	
Guardianship under incapable persons: legal regulations (part 2) — Yu. N. Argunova	37
The IPA’s appeal to the RF General Prosecutor	43
The Ministry of Health Order has been canceled	45
FROM AN EXPERT’S DOSSIER	
The second “monkey process” in Russia	47
FORENSIC PSYCHIATRY	
Review of the Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law: Alan Stone and American forensic psychiatry — V. V. Motov (Tambov)	52
YOUNG SCIENTISTS’ WORKS	
On peculiar form of visual hallucinosis at pathological gamblers — Denis Avtonomov	58
Neuropsychological research of special perception at hypnotic regression in age — Ilia Fedotov (Riazan).	62
COMMENTS AND INTERVIEWS	
Interview on the Draft “On Biomedical Researches”	65
HISTORY	
120 years of the Riazan region mental hospital named after N. N. Bazhenov	69
100 years of Troitskaya mental hospital (Moscow mental hospital # 5)	71
Myth about gravidan. To the pre-history of Moscow region mental hospital # 5	73
CHRONICLE	
Session of the Council of experts at the RF Human Rights Ombudsman	90
Two monographs by the IPA of Russia	91
PSYCHOPATHOLOGY AND CREATIVENESS	
Echoes to our time in poems. — Victor Kagan (Dallas, USA)	94
OBITUARY — Elena Nikolaevna Prokudina (Kantorovitch)	96
RECOMENDATIONS	97
ABSTRACTS	98

ВЫДАЮЩИЙСЯ ВКЛАД В ПСИХИАТРИЮ ГРУЗИНСКОЙ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ШКОЛЫ

70-летие работы “Психология установки” (1938) Дмитрия Узнадзе

Дмитрий Николаевич Узнадзе (1906 – 1990) — автор масштабной общепсихологической концепции установки, основоположник грузинской психологической школы, организатор отделения и кафедры психологии Тбилисского университета (1918), лаборатории экспериментальной психологии (1920), Общества психологов (1927), Института психологии и Грузинской академии наук (1941), а также кафедр психологии в Кутаиси и Сухуми, автор первых университетских учебников на грузинском языке: “Экспериментальная педагогика” (1912), “Основы экспериментальной психологии” (1925), “Общая психология” (1940). Это последнее фундаментальное руководство, переведенное на русский язык в 2004 г., выигранно отличается от многих современных, в том числе переводных, изданий. Дожидаются перевода и многие другие работы — “Педология” (1933), “Сон и сновидения” (1936), “Психология ребенка” (1947).

Выходец из крестьянской семьи, Дмитрий Узнадзе закончил философский факультет Лейпцигского университета, где специализировался в области психологии у В. Вундта, И. Фолькельта, П. Барта и др. Начиная как философ с анализа трудов Лейбница (1907, 1919), Владимира Соловьева (1909, докт. диссертация), Бергсона (1920) и проблем языка, наименования, постижения значения, образования понятий. В 1910 году вернулся в Грузию, где первоначально занимался педагогической деятельностью как организатор и автор более 50 трудов и учебников.

С конца 1920-х годов начинает формироваться его экспериментальная психология установки, обобщенно изложенная в работе 1938 года “К психологии установки” и окончательно в “Экспериментальные основы психологии установки” (1949). Эта концепция выросла из разработанного Узнадзе экспериментального метода фиксированной установки, с помощью которого он обнаружил единство закономерностей образования и угасания различных иллюзий в самых разных модальностях. Один из классов зрительных иллюзий,



люзий, выявленных с помощью установки, по предложению Жана Пиаже назван “эффектом Узнадзе”.

Установка понималась Узнадзе не как частный описательный феномен, открытый немецким психологом Л. Ланге в 1888 году, а как концепт, выражающий *целостное состояние готовности субъекта к осуществлению определенного поведения на основе ситуационных и мотивационных факторов, формирующийся на внесознательном уровне как функция деятельности субъекта, как целого*. Таким образом, она выступает как на уровне автоматического поведения, так и на уровне объективации (вербальной, осмысленной установки).

Мы видим здесь принципиально новый стиль мышления, объединяющий установку Дмитрия Узнадзе, самоактуализацию Курта Гольдштейна, динамический оператор (“потребное будущее”) Н. А. Бернштейна, гематэнцефалический барьер Л. С. Штерн и др.

Узнадзе аргументировал “ненужность понятия бессознательного”: “наиболее слабым пунктом учения о бессознательном, например у Фрейда, является утверждение, что разница между сознательными и бессознательными процессами, в основном, сводится к тому, что они... различаются лишь тем, что первый из них сопровождается сознанием, в то время как второй не сопровождается сознанием. Что же касается их самих, то внутренняя природа и структура их остаются в обоих случаях одинаковыми”. Необходимо “освободить понятие бессознательного от обычного для сознательной жизни психического содержания, и найти для него иное содержание, которое не было бы радикально оторвано от связи с психикой... Понятие установки как раз и представляет собой концепт, который больше всего подходит для решения этой задачи”.

Еще в своей “Общей психологии” (1940) Узнадзе привел данные относительно особенностей фиксированной установки при ее затухании, характерных для шизофрении, эпилепсии и истерии.

40 лет работе “Феноменология психотических переживаний” (1968) И. Т. Бжалава

Иосиф Теймуразович Бжалава (1904 – 1972) — выдающийся грузинский патопсихолог, доктор медицинских наук (1945), вклад которого в отечественную и мировую патопсихологию и психиатрию трудно переоценить. 29 лет возглавляя отдел патопсихологии Института психологии Грузинской академии наук, с момента его создания, Иосиф Теймуразович исследовал методом фиксированной установки, тщательно разработанным им для использования в клинической практике, широкий круг психических расстройств, что позволило существенно продвинуться в их диагностике и понимании лежащих за ними механизмов разного уровня. В 1945 году он публикует “Диагностическое значение фиксированной установки в случаях истерии и эпилепсии”, в 1949 г. совместно с А. Р. Лурия — “Нарушения фиксированной установки при локальных поражениях мозга”, в 1958 — “К психопатологии шизофрении”, в 1959 — “К психопатологии инволюционной меланхолии”, в 1960 — “Психопатология эпилепсии”, в 1966 — “Невроз и установка” и, наконец, в 1968 — “Феноменология психотических переживаний”. Широким общетеоретическим и междисциплинарным подходом характеризуются его работы “Психология установки и кибернетика” (1965) и “Мозг и установка” (1971).

Все эти работы, а для психиатрии прежде всего итоговая “Феноменология психотических переживаний”, вскрыли с новой и фундаментальной стороны механизмы многих психических расстройств, углубив наше понимание их психотического уровня. В



этом отношении работы Иосифа Теймуразовича продолжили линию не только Дмитрия Узнадзе. Оказалось, что идея принципиально новым экспериментальным путем метода фиксированной установки, обобщая его результаты в контексте концепции Дмитрия Узнадзе, Иосиф Теймуразович пришел к понятиям и закономерностям, гомологичным тем, которые описал основоположник нейро- и патопсихологии Курт Гольдштейн. Так, “уровень актуальной установки с недоступностью уровня объективации” во многом совпадает с “конкретной установкой и недоступностью абстрактной установки” Курта Гольдштейна для психотических расстройств.

А существование психических нарушений при психотическом тревожном синдроме — нарушение прогностической функции по К. Гольдштейну — проявляется в неспособности фиксировать установку, либо в совершенно особой варибельно-лабильной установке. В своих собственных исследованиях психотического тревожного синдрома, используя набор других экспериментальных методов, в частности, исследуя способность преодолевать различные способы маскировки, я пришел к тем же результатам. Использовал я и метод фиксированной установки, которому меня обучал Иосиф Теймуразович. Щедрость, с которой он делился своими идеями, и любовь к предмету исследования отличают подлинную классику и, собственно, создают ее.

К 30-летию международного симпозиума “Бессознательное”, Тбилиси, 1979

Парадоксально в отношении высказывания Дмитрия Узнадзе о ненужности понятия бессознательного и основательной аргументации претензии на эту роль установки в его понимании, именно в Тбилиси, в значительной мере усилиями его школы, его верных учеников, состоялся международный симпозиум “Бессознательное”. Это можно было бы объяснить удобством того произвола в переходе границы психического и биологического, которому дает дорогу это понятие, начиная с чрезвычайного множества интерпретаций своего собственного содержания, включая

традиционно фрейдовское, которое тоже выступало под маской установки. Это и то самое “бессознательное умозаключение” Г. Гельмгольца, которое употреблялось первоначально только в фигуральном смысле. Но движущей силой тогда был антидогматический пафос как таковой. Тбилиси 70-х годов отличался более свободной атмосферой, что проявилось и на проводившихся там социологических и социально-психологических симпозиумах и коллоквиумах. Как участник трех из них, могу засвидетельствовать, что никогда впоследствии мне не приходилось быть

свидетелем такой раскованности, таких жарких споров, и это в тогдашних-то условиях. Симпозиум “Бессознательное” был вершиной достигнутой тогда научной свободы: здесь впервые прозвучал гром аплодисментов при имени Фрейда, до этого крамольного. Приехала Анна Фрейд, приехал Роман Якобсон... Устроители симпозиума Александр Северьянович Прангишвили (директор Института психологии Грузинской АН им. Узнадзе), Аполлинарий Епифанович Шерозия (Тбилисский университет) и Филипп Вениаминович Бассин (Институт неврологии АМН) сумели перевернуть страницу, казавшуюся неподъемной. Ученым секретарем симпозиума, непосредственным помощником Ф. В. Бассина был будущий (спустя 12 лет) вице-президент НПА России В. С. Ротенберг. Для нас, в 1960 – 1980 гг. труды школы Узнадзе были возможностью вырваться из идеологического догма-

тизма “специфически советской психологии”. Четыре огромных тома материалов этого симпозиума до сих пор — уникальное явление по богатству и разнообразию представленных материалов, их творческой проблематичности. Выдающуюся роль в этом сыграл до сих пор беспримерный полемист и глубокий теоретик Ф. В. Бассин, доведший до совершенства полемичку, полноценно излагающую взгляды оппонентов без всяких упрощений и дающую таким образом свободу читателю, вместо привычного веления за ручку по единственно правильному пути. Концепция Дмитрия Узнадзе нашла в нем своего искреннего почитателя. Основа традиционных творческих связей наших стран лежит вне политики, а политиков можно только стыдиться.

Ю. С. Савенко

XIV консторумские чтения
ПСИХОТЕРАПИЯ
ЕДИНСТВО И МНОГООБРАЗИЕ

19 декабря 2008 г., Москва

Конференц-зал Наркологического диспансера № 1 г. Москвы

С 10.00 до 19.00

Тел.: (495) 275-4567

РЕКОМЕНДУЕМ!

А. Б. Добрович

ДО-СОЗНАТЕЛЬНОЕ И ПСИХОПАТОЛОГИЯ

Очерки расстройства душевной жизни

Kedumim, 2008

*Оригинальная и глубокая работа
в клинико-феноменологической парадигме*

Навстречу МКБ-11¹

Ю. С. Савенко

Цель настоящего сообщения — сформулировать основные недостатки МКБ-10 и выработать предложения по их устранению в МКБ-11. Эта цель тесно связана с положительными вкладами МКБ-10, которые нельзя потерять, двигаясь дальше.

Это:

- высокое техническое совершенство,
- хорошо приспособленное для практического использования в разных целях,
- буквенно-цифровая шифровка, втрое расширившая число категорий,
- указание на возможность использовать несколько шифров в каждом конкретном случае,
- внимание к продолжительности симптоматики,
- четкое разведение “временного” и “предположительного” диагнозов,
- провозглашение описательного характера классификации,
- термины которой “не несут в себе теоретического смысла”,
- исключение из шизофрении того, что фигурировало в российской психиатрии как вялотекущая малопрогредиентная шизофрения и паранойяльная шизофрения, и т.д.

Однако, провозглашенный и действительно необходимый принцип атеоретичности остался декларацией и во многих местах классификации выполнен половинчато.

Атеоретичность обозначает и может быть достигнута только чисто описательным характером всех используемых клинических и психопатологических характеристик, квалифицируемых, начиная с наиболее очевидных: психотического — непсихотического уровня, синдромальной картины, типа течения, наличия прогредиентности и дефекта, т.е. это фактически проблема развернутого психиатрического диагноза, включающего в перспективе оценку компенсаторных возможностей личности.

Если МКБ-9 оставляла за скобками этот первый донозологический этап естественной классификации и была преждевременно и неоправданно сразу нозологической, то МКБ-10 представляет нечто промежу-

точное между синдромальной и нозологической. Оба пути малопродуктивны. **Естественным образом напрашивается двухэтапная классификация:** на первом этапе чисто описательная, синдромологическая, на втором этапе — нозологическая.

Указанная половинчатость МКБ-10 наиболее очевидным образом видна в характере отказа от фундаментального разграничения неврозов и психозов. Прежняя дихотомия “невроз — психоз” содержала в себе по меньшей мере два разнородных основания: генетическое (объяснительное) и морфологическое (описательное). Т.е., не только и не столько представление об особой психологической ситуации внутреннего конфликта, вызывающей характерные клинические синдромы, известные как “неврозы”, сколько усмотрение во всех синдромах “непсихотического” и “психотического” уровня дезорганизации психической деятельности, теоретически и этиологически нейтрального. Так, например, понятие невротической депрессии употреблялось в смысле непсихотической депрессии, по большей части безотносительно к неврозогенной ситуации.

Отличие непсихотической депрессии от психотической — это отличие не в степени выраженности классического набора симптомов, и даже не в полноте этого набора, что является основным принципом, использованным в МКБ-10, а в на порядок менее дифференцированной организации всей психической деятельности, регрессирующей на более примитивный уровень. Понятие регресса используется здесь как чисто описательный термин в традиции Курта Гольдштейна и Курта Левина. Психотическая депрессия отличается изначальной бессодержательностью, неспособностью формирования отличных от фона очерченных переживаний на тотально особым образом измененном фоне настроения, который в соответствии с известным различием эпикритической и протопатической чувствительности Генри Хэда получил наименование протопатического или витального, в частности, витальных эмоций (М. И. Аствацатуров, 1935) и протопатического изменения актуального поля переживаний (Клаус Конрад, 1960).

Эти термины выражают понятный в рамках самого описания факт **принципиально более примитивной организации и принципиально большей глубины,** а не интенсивности аффективного расстройст-

¹ Выступление на XIV Всемирном конгрессе по психиатрии 24.09.2008 г.

Таблица 1. Повышение планки психотического уровня в МКБ-10

3-х степенная классификация депрессивного психоза в МКБ-10 F 32 и F 33		2-ух уровневая типология классических клинко-психопатологических представлений		
1	Легкий	без витальных синдромов	Непсихотическая депрессия и тревога	1-легкая
2		с витальным синдромом		2-умеренная
3	Умеренный	без витальных синдромов	Психотическая депрессия и тревога	3-тяжелая
4		с витальным синдромом		1-легкая
5	Тяжелый	без психотических симптомов		2-умеренная
6		с психотическими симптомами		3-тяжелая

ва. Это важное разграничение выигранно отличается от слишком общего понятия “тяжести”, которым оперирует МКБ-10. Глубина означает проникновение, фигурально говоря, в более глубокие слои и укоренение в них, что обнаруживает себя в высокой устойчивости к самым различным внешним факторам по времени, в толерантности и монотонности. Это фактически та же сверхустойчивость, которая является основной характеристикой бреда, когда болезненная деструкция возникает или распространяется на следующий более глубокий регистр. Отсюда высокая важность “бредового настроения” и его эквивалентность психотическому уровню дезорганизации в психотической депрессии, психотической тревоге, психотической мании, психотическом экстазе.

Психотический уровень — это качественное, т.е. типологическое различие описательного характера. Если в случае генетического основания существует множество различных объяснительных механизмов, которыми предположительно с помощью доказательства выводят появление того или иного синдрома, то в случае морфологического основания ничего не приходится выводить и доказывать, а только описывать данное.

Но авторы введения в МКБ-10, отказываясь от дихотомии невроз — психоз, отказались не только от генетического, но и морфологического понимания этого разграничения, очевидного на описательном уровне.

О степенях выраженности (интенсивности), т.е. квантификации корректно говорить только в рамках однородных типов. В случае депрессии — отдельно для непсихотической депрессии и тревоги и отдельно для психотической депрессии и тревоги (см. табл. 1).

Если в отношении психотического — непсихотического вполне корректно говорить как о качественно различном, т.е. различных типах, то замена их в МКБ-10 тремя степенями тяжести состояния является классификационным нонсенсом. Впрочем, указанная громоздкость устроена с открыто выговоренным намерением редукции витального синдрома. Витальный синдром по Курту Шнайдеру был свидетельством эндогенности. С тех пор сама оппозиция эндогенно — экзогенно оказалась размытой. Но в качестве

проявления психотического уровня этот синдром сохраняет свое значение.

Таким образом, перечеркивается вклад Курта Гольдштейна, Курта Шнайдера и феноменологической школы, показавших возможность и необходимость на описательном уровне выделять психотический уровень в отношении не только депрессивных и других аффективных синдромов, но даже астенического, фобического, обсессивного и других.

Феноменологическое описание, в отличие от индуктивного описания, преодолевает барьеры маскированных и латентных форм психических расстройств. Это удается благодаря тому, что феноменологическое описание оперирует феноменами, а не симптомами, что позволяет увидеть различную внутреннюю структуру каждого симптома, т.е. те признаки, которые индуктивный метод редуцирует как избыточные. Погоня за большими выборками и неизбежная при этом подмена индивидуально-психопатологического метода анкетированием и шкалированием могут быть функциональными на своем месте для своих целей. Но клиническая классификация требует обязательного сочетания вкладов обоих направлений. Такой должна быть и МКБ-11, тогда как МКБ-10, выступая под флагом чисто статистической классификации, фактически вытеснила клиническую, что нетрудно было предвидеть.

Редукция в МКБ-10 вклада феноменологического направления и, прежде всего, описания психотического уровня дезорганизации в виде витального синдрома, по своему выраженному в разных синдромах разных регистров, которым якобы можно пренебречь, — регрессивный признак самой МКБ-10 в сущностном отношении.

Но главное (см. табл. 1), что в результате этого в МКБ-10 планка психотического уровня для аффективных синдромов неправомерным образом значительно поднялась за счет отождествления “психотического” только со следующим регистром, что лишает МКБ-10 возможности значительно раньше инициировать решительную интенсификацию терапии.

Половинчатость МКБ-10 проявляется в использовании понятия “психотического” не как обозначения

Таблица 2. Объекты и типы естественной систематики

Таксономические ранги	Типы систематики	Типы естественной классификации	Объекты систематики	Общие особенности объектов
Типы Классы	Типология	Идеальнотипическая Прототипическая	Феноменологические синдромы Феномены	Дискретность Качество Структурное сходство Феноменологические (физиогномические) категории
Классы Виды	Классификация	Политетическая Монотетическая	Симптомы Симптомокомплексы, т.е. симптоматологические синдромы	Континуум Количество Суммативное сходство Индуктивные категории

на порядок более тяжелой дезорганизации психической деятельности и ее примитивизации в целом, а простого указания на наличие бреда, галлюцинаций, психомоторного возбуждения или заторможенности и кататонии.

Таким образом, на примере депрессий мы постарались показать **необходимость введения в МКБ-11 разграничения психотического — непсихотического уровня дезорганизации** психической деятельности в указанном здесь смысле, а также и в других синдромах. Предложенный подход расширяет круг групп риска, позволяя принимать превентивные меры, интенсифицировать терапию, упреждать суицидальный риск.

Этому отвечает, вот уже как 30 лет разработанный, но не используемый в МКБ, аппарат современной дискретной математики, непрестанно растущий в сторону адекватного моделирования психических расстройств, исходя из их специфики. **Систематизация болезненных психических расстройств и девиаций** в МКБ-10 не учитывает фундаментального различия этих двух сфер, одна из которых является типологической, а другая имеет дело с фрактальными хаотично неустойчивыми объектами, что уже **требует различных таксономических подходов**. Математический аппарат теории катастроф позволяет моделировать динамику клинко-психопатологических процессов и происходящие качественные преобразования.

Еще треть века назад, исследуя психотические тревожно-депрессивные синдромы я использовал методический прием, который соответствует получению фрактального множества Кантора: изъяс из анализа среднюю треть данных в отношении “тревожного — депрессивного” и “психотического — непсихотического”. Это позволило выделить витальный, т.е. психотический радикал для тревожных и депрессивных синдромов и обнаружить, что психотический тревожный синдром характеризуется тенденцией к гипоконстантности восприятия, тогда как психотический депрессивный синдром — тенденцией к его сверх-константности. Разумеется, что исследование смешанных случаев не позволило бы выяснить это принципиальное различие. С тех пор, как впрочем и еще раньше, с самых разных сторон была обоснована

таксономическая самостоятельность психотических тревожных состояний, но она игнорируется в МКБ. Между тем, **двухуровневый характер депрессивных и тревожных синдромов** намного адекватнее и экономнее отражает динамику клинических реалий, чем **трехступенный, принятый в МКБ-10** (см. табл. 1).

Математики, которых приглашали в качестве консультантов при разработке **DSM-III и МКБ-10, прибегли к естественной классификации политетического типа**, которая редуцируя, в целях экономии, признаки, которые казались избыточными для первоначально поставленных задач, лишила ее возможности дальнейшего роста (см. табл. 2)

Между тем, до сих пор большинство методов классификации, в частности, кластер-анализ направлены на получение политетических классов. При политетической классификации таксономическое структурирование превращается в статистическую задачу. Между тем, “политетическая” — это лишь одна из 45 характеристик, описанных для естественных классификаций. Ни из чего не следует, что она — последнее слово систематики. Вряд ли можно утверждать, что она лучше, совершеннее, чем монотипическая, прототипическая или идеально-типическая. Видимо, наиболее правильным является использование каждого типа классификации в соответствии с его адекватностью материалу и задачам, которые ставятся. В каждом отдельном случае могут потребоваться различные представители семейства классификации.

Наконец, что касается дестигматизации, то мало того, что в МКБ-10 трудное дело формирования уважительного отношения к психически больным подменяется эстафетой переименований, даже в этом мы оказываемся перед парадоксальным в своей половинчатости решением: заменены, причем **жертвуя точным смыслом**, термины “психопатия”, даже “больной”, но **сохраняется бесприммерно более стигматизирующий** и обидный для больных **диагноз “деменция”, “слабоумие”**, который к тому же выставляется задолго до явных признаков действительного интеллектуального снижения.

В заключение можно сказать, что сближение МКБ-11 и DSM-5 за счет обогащения МКБ-11 **мно-**

осевым подходом представляется оправданным, соответствующим практике развернутого диагноза, традиционного в российской психиатрии. То же следует сказать относительно общей тенденции движения от DSM-4 к DSM-5 в духе М. Шварца, О. Виггинса и Д. Садлера (2005) и серии публикаций А. Крауса, Х. Меззича, И. Салоума и др. в рамках инициированного ВПА глобального проекта **разработки личностно-центрированного интегративного диагноза (PID)** как ключевой проблемы классификации в реальной клинической практике.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Аствацатуров М. И.* Избранные работы — Л., 1939, 320 – 334.
2. *Конрад Клаус.* Клиническая психиатрия (ред. Г. Груле и др.) — М., 1967, 254 – 255.
3. *Кронфельд Артур.* Становление синдромологии и концепции шизофрении. — М., 2006, 160 – 181.

4. *Левин Курт.* Регрессия, ретрогрессия и развитие. // *Динамическая психология.* Избр. Тр. — М., 2001, 271 – 302.
5. *Меззич Х., Салоум И.* К вопросу об усовершенствованных классификационных и диагностических системах: МКБ-11 и личностно-ориентированный интегративный диагноз. // *Независимый психиатрический журнал,* 2007, 3, 11 – 20.
6. *Савенко Ю. С.* Тревожные психотические синдромы. Докт. дис. — М., 1974.
7. *Савенко Ю. С.* МКБ-10 как выражение кризиса в психиатрии. // *Независимый психиатрический журнал,* 2000, 3, 8 – 13.
8. *Шнайдер Курт.* Клиническая психопатология. — Киев, 1999.
9. *Cooper Rachel.* *Classifying Madness.* — Springer, 2005.
10. *Goldstein Kurt.* *The Organism /* — Boston, 1963.
11. *Sadler J., Wiggins O., Schwartz M.* (eds.). *Philosophical Perspectives on psychiatric Diagnostic Classification.* — J. Hopkins Univ. Press, 1994.
12. *Sadler J.* (ed.). *Values and Psychiatric Diagnosis.* — Oxford Univ. Press, 2005.
13. *Savenko Yu.* Concept of the “Psychotic level” in ICD-10 // XIII World Congress of Psychiatry, Cairo, 2005. Abstract book, p. 257.

Номиналистические аспекты клинической психопатологии: бред и мономании

Н. Ю. Пятницкий¹

Считается общепризнанным [3], что отделения понятия “галлюцинация” от понятия “помешательство” было произведено J. Esquirol [10]. С небольшими уточнениями это определение остается актуальным и до сих пор. J. Esquirol был и первым психиатром, дифференцировавшим иллюзии и галлюцинации [18]. Сложнее обстоит дело с понятием бреда, хотя в французской психопатологии есть мнение [33], что именно J. E. D. Esquirol первым стал дифференцировать бред, а вслед за ним J. Baillarger [6] — галлюцинации. П. Б. Ганнушкин [1] отмечал заслугу Esquirol’а в том, что “французская литература в учении о хронической паранойе намного опередила немецкую”. Однако, во французской психиатрии во времена J. Esquirol’а слово deliré — бред — употреблялось в довольно широком смысле “помешательства” — folie, этот факт отмечал еще ученик J. Esquirol’я J. Baillarger [6]. Постепенное последующее сужение поня-

тия deliré привело к тому, что на немецкий delire стали переводить как Wahn — бред, а Delir — в немецком стало ограничиваться понятием спутанности, связанной с дезориентировкой [18].

Как известно, J. Esquirol являлся не только автором определения галлюцинаторных феноменов, но и автором учения о мономаниях, возникшего из преформированного им деления на общее (delire general) и частичное помешательство (delire partiel²). Поскольку J. Esquirol [10] полагал, что при всех психических болезнях повреждается внимание³, уже в начале своего труда [10, с. 9] он предлагает психологическое деление помешательства (delire) на летучее (fugace) — с множеством ощущений, избытием идей, не позволяющим больному фиксировать свое внимание на-

¹ Ведущий научный сотрудник отдела изучения состояния риска функциональных психических расстройств Научного Центра Психического Здоровья РАМН. В 1994 – 1996 гг. проходил научную и врачебную стажировку в психиатрической клинике Гейдельбергского Университета (Германия). Автор ряда статей, посвященных номиналистическим аспектам психопатологии, психиатрической диагностики, а также “социологии” психиатрического знания.

² В Греко-романский период истории Celse (5 г. н.э.) в своей классификации безумия его третий вид подразделял на галлюцинаторный без бреда (imaginibus non mente falluntur) и на общее и частичное помешательство (animi desipunt) (цит по [28]). И J.-P. Falret [11] подчеркивал, что деление на общее и частичное помешательство существовало во Франции еще до J. Esquirol.

³ Идея о внимании как об “основной психической деятельности” J. Esquirol позаимствовал у своего современника, французского философа P. Laromiguiere, а тот, в свою очередь, у швейцарского естествоиспытателя и философа Ch. Bonnet (1720 – 1793) [2].

долго на каких-либо сенсациях, идее; с беспрестанной сменой объектов, с невозможностью разделить идеи, отличить главное от второстепенного; и на противоположное ему — с фиксацией внимания исключительно на одном объекте, от которого не могут отвлечь никакие рассуждения, когда все решения больного происходят от “*idee fixe*”. Множество примеров такого “бреда” представляют, с точки зрения J. Esquirol [10], мономании. J. Esquirol [10] выделял два типа мономании — 1. в виде помешательства на одном объекте или малом их числе (т.е. “частичный бред”) с преобладанием одной страсти печальной и депрессивной и называемого им липеманией (или меланхолией⁴ древних греков) и 2. собственно мономанию — помешательство на одном объекте или их малом числе с преобладанием возбуждения и страсти веселой и экспансивной. (При мании “бред генерализованный”, распространяется на разные объекты и сопровождается возбуждением). J. Esquirol [10] определял мономанию как “ненормальное состояние физической и моральной чувствительности с очерченным и фиксированным бредом”, а также как эссенциальную болезнь чувствительности, основанную на человеческих привязанностях и представляющую все признаки, которые характеризуют страсти: “бред мономаниаков фиксированный и постоянный, как идеи страстного человека”. Страсти J. Esquirol [10] определял как переходящие безумия, абсорбирующие интеллектуальные способности человека так, что он не способен думать ни о чем, кроме объекта страсти. Мономания — преувеличение идей, желаний, иллюзий, существовавших до болезни. Собственно мономанию J. Esquirol подразделял на мономанию аффективную (*manie raisonnée* Пинеля, *moral insanity* англичанина Причарда) — “когда больные разумными объяснениями и мотивами объясняют странность и неадекватность своего поведения. При этом типе мономании искажаются привязанности”. Второй тип — Мономания инстинктивная, или мономания без бреда (“импульсивное сумасшествие” немецких авторов), при которой “повреждается воля и больной совершает акты, которые ни разум, ни чувства не определяют”. J. Esquirol полагал, что при этой мономании все-таки страдает интеллект, который находится в дисгармонии с другими способностями и не влияет на волю.

Третий тип — мономания интеллектуальная, в основе которой иллюзии, галлюцинации, порочные ассоциации идей, ложные, странные убеждения. Немецкий психопатолог W. Janzarik [18] сопоставляет интеллектуальную мономанию J. Esquirol с более поздними описаниями первичного помешательства (*primäre Verruecktheit*) немецкими врачами [31, 29, 34].

⁴ Aretée de Cappadoce (80 г. н.э.) определил меланхолию как печаль души с концентрацией мысли на идее фикс, без лихорадки (цит. по [28]).

Причины predispositions к мономаниям по J. Esquirol [10] — те же, что вообще predispositions к помешательству: темпераменты сангвинические и нервно-сангвинические; индивидуумы одаренные блестящим, живым, экзальтированным воображением; люди глубоко размышляющие, подверженные только одной серии идей и привязанностей; из тщеславия, амбиций, эгоизма отдающиеся преувеличенным планам и мыслям. Слабый интеллект тоже predispositions к мономаниям.

Помимо вышеописанной классификации J. Esquirol [10] делил мономании по объекту “бреда” и выделял отдельно эротическую мономанию (эротоманию) — преувеличенную любовь либо к знакомому объекту, либо к воображаемому. При этой болезни поражено только воображение, имеется ошибка понимания. Идеи любви являются идеями фикс и доминантными — так же как религиозные идеи при теомании или религиозной липемании. Эротомания отличается от нимфомании и сатириазы⁵: “при эротомании любовь в голове, при нимфомании — в репродуктивных органах”. Эротоман, по J. Esquirol, — игрушка своего воображения. Он забывает себя в каком-то смысле, в объекте любви видит чистый культ, нередко секретный, становится его рабом, выполняет указания объекта с детской преданностью, подчиняется капризам, отчаивается в отсутствии объекта, опьянен радостью при его возвращении. Обычно эти больные неистово говорливы, всегда говорят о своей любви, по ночам видят сны, “порождающие суккубов и инкубов”. Они пренебрегают социальными договоренностями, избегают друзей и родителей. J. Esquirol приводит в качестве первого примера клиническое описание 32-летней замужней дамы, влюбившейся в молодого человека более высокой социальной позиции, нежели ее собственный муж. Вначале она говорила со всеми об объекте страсти, называла его самым замечательным. Затем объект стал управлять всеми ее мыслями, движениями и совокупляться с ней способами, известными лишь ему одному. (Интерпретируя историю болезни J. Esquirol современным психиатрическим языком, можно предположить, что в начале манифестации болезни речь шла о синдроме сверхценных идей, перешедшем в явления психического автоматизма с бредом воздействия). Второй приведенный J. Esquirol случай эротической мономании с признаками убежденности во влюбленности и знаках внимания со стороны лица более высокой социальной позиции соответствует во многих чертах описанному 80 годами позже эротоманическому бреду G. G. Clembault [9].

⁵ Эти формы, ориентирующиеся на “содержание” помешательства, выделялись еще в античный период и приводились отдельно в группе *morbi morosi* в систематике психических расстройств Sauvage 1774 года (цит. по [19]).

J. Esquirol также выделял резонирующую мономанию, мономанию опьянения, мономанию поджогов (или пироманию), ипохондрическую, мономанию-суицид и гомицидальную мономанию — частичное помешательство с импульсом к убийству. Последний вариант мономании по J. Esquirol может выражаться в двух формах — с внутренней делирантной убежденностью, ошибочным рассуждением, экзальтацией воображения, страстью, и с отсутствием альтераций интеллекта и аффекта, когда слепой инстинкт, “что-то неопределенное”, толкает убивать.

Деление мономаний по объектам (т.е. по содержанию), согласно J. Esquirol [10], могло обладать определенной прогностической ценностью, так, например, он наблюдал, что мономания на религиозных идеях, на тщеславии проходит редко, а эротическую мономанию часто вылечивает обладание любимым объектом.

J. Esquirol [10] полагал, что “мономаниак” в остром состоянии сохраняет полное понимание всего, что не касается сферы его частичного бреда-помешательства, но с продвижением болезни все же и в нейтральных сферах теряется логика и развивается инкогеренция идей. J. Esquirol [10] не отрицал и возможности смены разных форм помешательства у одного и того же больного: меланхолия может осложниться манией, деменция манией и мономанией, т.е. он не был чужд идеям концепции единого психоза.

Учение J. Esquirol о мономаниях подверглось критике довольно быстро двумя его известнейшими учениками J.-P. Falret [11] и J. Baillarger [6]. Однако, последний пересмотрел свои взгляды и решил, в конечном счете, что J. Esquirol был прав и мономании существуют. J. Baillarger [6] вслед за J. Esquirol подчеркивал неоспоримость деления на парциальный, или частичный, и общий бред/помешательство, но из двух видов частичного помешательства — мономании и меланхолии J. Baillarger предложил оставить один — мономании. Общее “повреждение” (вместо *delire* J. Baillarger [6] говорил о *lesion*) простирается на все отношения вплоть до функций питания, частичное “повреждение” часто ограничивается чисто интеллектуальными и моральными расстройствами и не действует на всю организацию. В безумии, по J. Baillarger, есть два отчетливых элемента — расстройство, повреждение понимания и второй — отсутствие сознания этого расстройства. J. Baillarger [6] определял мономанию как помешательство с частичным повреждением, главные симптомы которого — бредовые концепции, галлюцинации, необычные побуждения, — могут наблюдаться все вместе, а могут встречаться изолированно. Кроме малой широты “бреда”, мономанию отличает ясность сознания, изящество идей и нормальное состояние интеллектуальных функций. У этих больных “маска нормального человека” [17]. Следует подчеркнуть, что ни J. Esquirol, ни J. Baillarger не давали отчетливого определе-

ния бредовых феноменов, а описываемый ими “частичный бред” при мономаниях соответствовал широкому диапазону от галлюцинаторно-параноидного синдрома до формально изолированных расстройств влечений и страхов. Так, например, J. Baillarger [6] писал о некоторых мономаниях, в которых главный феномен — “высокоспецифичный страх, который возбуждают тысячи поводов”. J. Baillarger [6] считал мономанию истинным и самым интересным типом помешательства. Основным феноменом мономании для J. Baillarger — *idee fixe*. Первый вариант течения мономании начинается с идеи фикс без бреда (характерно для суицидальной, гомицидальной мономании, нимфомании). Внутренняя борьба с этими идеями длится в течение многих лет, без внешних проявлений, с сохранностью здравых суждений. Но этот период может длиться и несколько дней. Также возможно, что идея фикс принимается тут же, как только она зарождается в уме. Второй вариант развития мономании — когда идея фикс замещает острое более или менее генерализованное расстройство ума. Тогда идея фикс — “главная идея сна, остающаяся после него”. Иногда идеи фикс могут трансформироваться, чаще после приступов общего расстройства. Часть мономаний остается в своих пределах, но может происходить и расширение — “экстензия” мономании. Тогда, согласно J. Baillarger [6], можно говорить о частичном помешательстве с доминантной серией идей с наличием добавочных феноменов, вторичных ложных идей.

По J. Baillarger [6] идеи в нормальном состоянии обладают тенденцией обновляться, и нам необходимо делать усилия внимания для их сохранения в течение более или менее длительного времени. При мономании тенденции к обновлению идей более не существует. Для сохранения идеи фикс не нужно внимание, вся воля больного не может помешать идее фикс проявляться в его сознании. Больные выражают это, говоря, что идея их преследует, властвует над ними, что это сильнее их, не зависит от них, что они об этом не могут не думать. Идея фикс — подобно галлюцинации — результат произвольной деятельности, преобладающей над произвольной, т.е. патологическое состояние мозга. В отличие от J. Esquirol, J. Baillarger [6] полагал, что повреждение внимания не главное в мономании. В отличие от мании и деменции “мономан” — это человек, который видит сон, а не тот, кто глубоко размышляет: он не концентрируется волевым усилием на “идее фикс”, он ей “предается”.

Говоря о предрасположенности к идеям фикс, J. Baillarger [6] отмечал преобладание воображения или очень живой чувствительности в сочетании со слабостью суждений и бессилием воли. Идея ассоциируется с очень живой эмоцией, не покидает личность, подчиняет ее и иногда заканчивает тем, что приводит к помешательству. Легкость, с которой некоторые индивидуумы бывают поражены идеями, которые у дру-

гих легко проходят, и составляет склонность к идеям фикс.

Учение о мономаниях подверглось интенсивной критике как со стороны французских, так и немецких психиатров. Помимо ссылок на мнения других критиков о том, что мономании идей в действительности нет, а есть мономании чувств и тенденций, соперник J. Baillarger по описанию циркулярного помешательства J.-P. Falret [11] отвергал учение о мономаниях целиком.

J.-P. Falret [11] отмечал, что совершенно непонятен переход от нормальной ошибки к мономании. Отличия состоят в интенсивности ошибки, в степени занятости ею и влиянием на поведение в жизни. Таким образом, нельзя отличить сумасшедшие идеи от абсурдных идей у разумного человека, и психиатры будут путать сумасшествие с ошибками человеческого ума, а “мономаниаков” будет столько же, сколько может быть ложных идей в человеческой голове. С другой стороны, клиническое установление одного “частичного бреда” является обычно результатом недостаточного глубокого и продолжительного обследования. Очень часто развивающийся бред не имеет отношения к предшествующим идеям или неудовлетворенности какой-либо страсти. Постепенная трансформация страсти в мономанию, с точки зрения J.-P. Falret [11], маловероятна. Бредовые идеи, как предполагается, могут порождать одна другую путем логической дедукции, они могут быть вторичными, но обычно они вырастают уже на измененной почве, сумасшедший в начале заболевания часто находится в неопределенном и спутанном общем состоянии, в экспансии — или, чаще, в депрессии или тревоге, и это реальная почва, на которой возникают болезненные идеи и чувства. Бредовые идеи всего лишь “добавочный феномен заболевания”. Согласно J.-P. Falret [11], нецелесообразно учение о мономаниях и в судебно-психиатрической деятельности, поскольку тогда нельзя провести грань между страстью и сумасшествием, криминальным актом и психическим заболеванием за недостаточностью элементов убедительности в наличии психического расстройства.

K. Kahlbaum вступил в дискуссию о значении мономаний при обсуждении классификации психических болезней [19], полагая, что мономания представляет собой не болезнь, а симптом различных заболеваний. Он определял мономании как отдельные “психопатические” симптомы, выступающие с постоянством и определенным ограничением или изоляцией, и содержащие в себе нечто от влечений. Мономании, по K. Kahlbaum [19], наблюдаются в большинстве случаев психических расстройств и тогда приобретают диагностическое значение для вида заболевания, когда другие расстройства души или телесной жизни отсутствуют или зависят от мономанического расстройства. Частичное душевное расстройство в области интеллекта K. Kahlbaum предложил

называть античным термином паранойя (в области чувств — дистимией). В рамках паранойи образуются фикс-идеи. Эта группа отличается большим разнообразием, поэтому Кальбаум предложил делить эту группу на две. В первой повреждение, несмотря на частичность, ведет к изменению сознания Я, во второй сознание Я в своей интегральности остается сохранным, несмотря на объем повреждения. В первом случае изменение сознания связано с “деградацией Я” (явления овладения, превращения в труп) или “возвышением Я” (стремление к выражению своей высокой одаренности, идея “избавителя”). При сохранном Я собственное повреждение проецируется во вне и приводит к восприятию чужого воздействия, больной подвергается фиксированным гиперэстезиям и галлюцинациям. (Следует отметить, что термин “паранойя” вместо мономании был предложен в группировке психических заболеваний K. Kahlbaum всего на 11 лет позже клинического описания бреда преследования Ch. Lasague [21]).

А вот определение бреда, актуальное и до сих пор, прозвучало впервые в немецкой психиатрии у W. Griesinger [14]. Griesinger отталкивался от существовавшего в немецкой психиатрии с начала XIX века [16] определения: Бред — сумасшествие интеллекта, ложные суждения. При этом по W. Griesinger [14]: 1) все ложные суждения душевнобольных отличаются отнесением субъекта их к себе (Bezug auf das kranke Subject) — этим отличаются они от ошибок здоровых об объективных отношениях, 2) зависят от расстройства целостности психических процессов (аффекты, спутанность), 3) противоречат прежним воззрениям самого индивидуума, 4) усилием воли субъект не в состоянии от них избавиться, 5) они противостоят коррекции и переубеждению, несмотря на “свидетельство чувств и рассудка”, т.е. находятся совсем в другом отношении к чувствам и воле, 6) основываются на расстройстве мозга, которое часто выражается в других болезненных нервных симптомах (расстройство сна, галлюцинации, паралитические явления). Ошибочно проводить параллели между заблуждениями и “бредом” целых веков (вера в ведьм, волшебство) и психическими болезнями.

Об идеях фикс по W. Griesinger [14] можно говорить только тогда, когда ложные суждения остаются фиксированы — при частичном помешательстве. При меланхолии, сумасшествии (Wahnsinn) ложные суждения часто сменяются. При этом все фикс идеи являются выражением повреждения или удовлетворения интересов собственного духа, или, по меньшей мере, они образовались из идей, имеющих отношение к субъекту. Так, например, больной может быть убежден в существовании моста с земли на Луну, но только потому, что он желает по нему пройти.

W. Griesinger [14] также подчеркивал ошибочность предположения о том, что больной может иметь только единственную ограниченную фикс идею, а в

остальных отношениях быть здоровым. “Частичность бреда обычно состоит в том, что больной повторно выражает одну идею, а не в том, что она у него одна”. Частичное сумасшествие, одержимость одним бредом, становящимся центром мышления, имеет много аналогий с односторонним доминированием одного круга мыслей у здоровых, например, вязкой поглощенностью одной теорией, становящейся личным делом, или доминированием определенных страстей — любви, ревности, гордости, жадности и пр., вытесняющих из души все другое.

W. Griesinger [14] отмечает, что в психической болезни не является необходимым присутствие бредовых представлений (*Wahnvorstellungen*⁶). Но часто больной, согласно закону причинности, свои болезненные аффекты и настроения стремится объяснить, и развиваются ложные представления и заключения. Не все ложные идеи имеют значение попыток объяснения, некоторые возникают внезапно, из странных мыслей, которые могут проникнуть в круг самых серьезных размышлений даже у здорового, часто ложные идеи развиваются из фантазмов чувств, снов, особое влияние на образование бредовых идей (*Wahnideen*) оказывают галлюцинации.

W. Griesinger говорил о том, что различные формы сумасшествия доступны в описании различных симптомокомплексов, и поскольку при психических расстройствах выдающимися являются расстройства представлений и стремлений, принципы разделения являются психологическими (“мы не знаем подлежащей анатомической мозговой основы”). И следует стараться выделить немного психически аномальных основных состояний, с тем чтобы все разнообразие свести к отдельным заболеваниям. Существуют и текущие переходы между нормальными и аномальными психическими явлениями. W. Griesinger [14] выделил две большие группы психически аномальных основных состояний — первичные, вытекающие из-за болезненного происхождения аффектов и аффектоподобных состояний, и вторичные — заключающиеся в расстройстве представлений и воли и являющиеся следствием и исходом первых. Первичные душевные аномалии являются излечимыми, вторичные неизлечимы. W. Griesinger являлся крупнейшим представителем теории единого психоза в Германии, позаимствованной им у своего учителя E. A. Zeller, который, в свою очередь, перенял ее, по-видимому, у бельгийского психиатра J. Guislain [18]. J. Guislain [17] предполагает наличие “фундаментального расстройства” (*alteration fondamentale*), от которого зависят психические расстройства в своих отдельных проявлениях, и считает таковым “болезненную возбудимость чувст-

вительности”, в форме “душевной боли”, составляющую начало всем душевным болезням. К ней присоединяются первичные элементы — усиленная органическая деятельность и участие нервной системы в оформлении симптомов, а затем вторичные — ослабление или уничтожение душевных сил. Как отмечает W. Janzarik [18], еще ранее идеи единого психоза были высказаны V. Chiarugi [8], чья книга “О помешательстве” была переведена на немецкий в 1795 г., а П. Б. Ганнушкин [1] видит в этом труде флорентийского врача “ядро учения о хронической паранойе”. После W. Griesinger представителем концепции единого психоза в Германии являлся H. Neumann [27]: “лучше никакой классификации, чем ложная”.

Выделяя вместо мономаний Esquirol снова частичное помешательство (*Verrueckheit*), W. Griesinger [14] называл его “вторичными состояниями” и подчеркивал их развитие из меланхолии или мании. “Больные становятся другими, развивается слабость всех психических реакций, пустота чувств, равнодушие”. W. Griesinger [14] различал в частичном помешательстве варианты, исходя из характера бредовых представлений/идей — активный, экзальтированный бред и пассивный, депримирующий. Griesinger тогда подчеркивал, что целый ряд психических расстройств должен предшествовать бреду, вся личность больного идентифицируется с ним, должен пройти целый ряд аффективных состояний, в которых бред образуется, должны остаться пробелы в мышлении, обеспечивающие существование бреда.

Если одно из первых и наиболее удачных определений бреда принадлежит W. Griesinger [14] (ссылавшегося в своем учебнике, кстати, обычно не на своих больных), то первенство в клиническом описании первичного систематизированного бреда традиционно отдается Ch. Lasegue [5, 4]. В классификации Пинеля и J. Esquirol идеи преследования фигурировали в симптомах меланхолии, рядом со страхами, печалью, идеями ущерба и пр. J. Guislain [17], оставляя идеи преследования в меланхолии, лучше понял их значение и выделил их в отдельную подгруппу *delire* или *monodelire accusateur* (обвиняющего бреда). Ch. Lasegue [21] был первым, кто увидел, что отправной точкой является идея преследования, остающаяся центром бредового состояния, сопровождающегося слуховыми галлюцинациями и захватывающего постепенно всю психическую жизнь субъекта. Но он описывал картину бреда преследования на неоднородных пациентах, как сказали бы сегодня (страдающих алкоголизмом, тяжелыми аффективными расстройствами, галлюцинаторно-параноидной шизофренией). В. Morel [26] описал трансформацию ипохондрического бреда в бред преследования и в бред величия, он относил такие картины бреда либо к наследственным заболеваниям, либо к неврозам (истерия, ипохондрия). Falret-отец [12] пересмотрел свое мнение о бреде как о добавочном симптоме и уже раз-

⁶ Представления (*Vorstellungen*) в ассоциативной психологии Herbart (1776 – 1841) — монадоподобные единицы переживания, из чьей статик и механики выводимы все прочие элементы сознания [18].

личал в частичном систематизированном бреде три последовательные фазы — инкубации, систематизации и стереотипизации. Falret-сын [13] слегка модифицировал теорию отца и выделил период “бредовой интерпретации”, когда больной считает себя объектом злонамеренного внимания окружающих и в этом смысле интерпретирует все их жесты и слова, которые на деле безобидны. Второй период — “состояния” — отличается появлением слуховых галлюцинаций, которые могут усилить идеи преследования. Третий период характеризуется развитием расстройств общей чувствительности и последний — период “стереотипного бреда” — возникновением идей величия, развивающихся параллельно идеям преследования. Все эти авторы подчеркивали, что больной всегда остается преследуемым, сохраняет до конца интеллектуальную энергию и не впадает в деменцию. Позже F. Arnaud [15] также видоизменил фазы течения бреда преследования и назвал эту форму бреда “систематизированный бред преследования типа La-segue-Falret”. С запозданием в Германии L. Snell (1865) [31] описывает ряд мономаниакальных бредовых больных (параноидно-галлюцинаторных больных шизофренией по современной диагностике), у которых бред развивается вне зависимости от мании или меланхолии, и представляет их как примеры “первичного помешательства” (primaere Wahnsinn). После этого W. Griesinger [15] признает примордиальный, первичный бред, который может развиваться не из эмоциональной основы, а непосредственно из мозгового нарушения. W. Sander [29] описывает другую форму первичного систематизированного бреда, начинающегося с детства и часто сопровождающуюся сексуальными перверзиями⁷ (Originaere Verruecktheit), а C. Westphal [34] добавляет к двум предшествующим формам своих соотечественников еще и острую форму первичного помешательства. Две другие упомянутые C. Westphal формы Verruecktheit (всего пять) уже не являются первичными, в них бред развивается вслед галлюцинациям или после ипохондрического этапа. Помимо острого развития, C. Westphal [34] говорит также о шубообразном и abortивном течении первичного бреда (в виде навязчивых представлений). R. Krafft-Ebing [20] уже после K. Kahlbaum [19] принял термин паранойя для определения систематизированного бреда, но не признал острой паранойи Westphal, а говорил о первичной и вторичной паранойе. V. Magnan [22, 23, 24, 25] несколько уклонился от концепции своих соотечественников в сторону немецкой концепции паранойи и стал строго разделять две группы частичного бреда: хронический бред с систематической эволюцией, когда бред преследования после обязательного продромального периода возникает только на одном из этапов

⁷ Большую часть описанных W. Sander случаев C. Wernicke [32] относит к гебефреническому психозу.

и заканчивается деменцией, и бред дегенеративный, к которому он относил и острый бред. Механизм бреда последнего, по выражению самого V. Magnan [25], был идентичен понятию первичного бреда у H. Schuele [30] и R. von Krafft-Ebing [25]. V. Magnan [25] назвал его delire d’emblée — бред сразу, при этом виде бреда не обязательны галлюцинации, хотя они могут быть производными от бреда, при хроническом бреде галлюцинации являются его первичным элементом. Бредовые идеи при остром бреде полиморфны и мобильны; хотя они и развиваются на “дегенеративной” почве, прогноз благоприятен. П. Б. Ганнушкин [1] позже ставил в упрек Magnan’у тот факт, что Krafft-Ebing, на которого тот ссылался, не признавал острой паранойи, а описывал возможность такого механизма бреда лишь при галлюцинаторном помешательстве. Во всяком случае, австрийский психиатр R. von Krafft-Ebing [20] для обозначения феномена бреда при галлюцинаторном помешательстве и паранойе действительно употреблял разные термины (Delirien и Wahnideen, соответственно).

Таким образом, в течение XIX века феномен бреда был вычленен из “помешательства” через “мономанию” J. Esquirol (idée delirant французских авторов, Wahnidee и Wahnvorstellungen немецких, сужение значения термина deliré), было создано и до сих пор актуальное определение бреда, наметились картины болезней, в которых бредовые расстройства преобладают, а также появились первые описания механизмов бредообразования (значение воображения при некоторых видах бреда (J. Esquirol), “объясняющий” бред немецких, бредовая “интерпретация” французских авторов, “галлюцинаторный” бред, непосредственное, “первичное” зарождение бреда из болезненных идей-представлений, понятие первичного и вторичного бреда) и одновременно намечались разногласия исследователей и начала терминологической путаницы в некоторых оформляющихся понятиях общей психопатологии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ганнушкин П. Б. Острая паранойя (Paranoia acuta). Клиническая сторона вопроса. — Типография Г. Лисснера и А. Гешеля. — Москва, 1904.
2. Морозов В. М. О клинико-нозологическом направлении в психиатрии. В кн.: В. М. Морозов. Избранные труды. — Media Medica. — Москва, 2007. — С. 7 – 44.
3. Овсянников С. А. История и эпистемология пограничной психиатрии. Альпари, Москва, 1995.
4. Циркин С. Ю. Синдром Кандинского-Клерамбо при бредовой шизофрении. Дисс. канд.мед.наук., Москва, 1980.
5. Arnaud F. L. Psychoses constitutionnelles. In: Traité de la pathologie mentale (Sous la direction de G. Ballet), Octave Doin, Editeur, Paris. — 1903. — P. 483 – 575.
6. Baillarger J. Recherches sur les Maladies Mentales. G. Masson, Editeur. — Paris, — Tome Premier. — 1890.
7. Ballet G. Aperçu sur l’historique et l’évolution de la pathologie mentale. In: Traité de la pathologie mentale (Sous la direction de G. Ballet), Octave Doin, Editeur, Paris. — 1903. — p. 1 – 17.
8. Chiarugi V. Abhandlung ueber den Wahnsinn ueberhaupt und insbesondere. — G. D. Meyer, Leipzig, 1795.

9. *de Clerambault G. G.* Passionate Delusions; Erotomania. Claiming. Jealousy. Patient description. 1921. In: Anthology of French Language Psychiatric Texts (Ed. by F.-R. Cousin, J. Garrabe, D. Morozov). — Institut Synthelabo, Le Plessis-Robinson, 1999. — p. 480 – 492.
10. *Esquirol J. E. D.* Des maladies mentales consideres sous les rapports medical, hygienique et medico-legal. Chez J.-B. Baillere, Libraire de l'Academie royale de medicine, Paris, Tome premier, Tome second. — 1838.
11. *Falret J.-P.* Of the non-existence of monomania(1854). In: Anthology of French Language Psychiatric Texts (Ed. by F.-R. Cousin, J. Garrabe, D. Morozov). — Institut Synthelabo, Le Plessis-Robinson, 1999.
12. *Falret J.-P.* Des maladies mentales et des asiles d'alienes. — J. B. Baillere. — Paris, 1864.
13. *Falret J.* Du delire des persecution chez les alienes raisonnants. Anal. med. — psychol. 1878, v. XX, — p. 396 – 400.
14. *Griesinger W.* Pathologie und Therapie der psychischen Krankheiten fuer Aerzte und Studierende. -Zweite Auflage. Verlag von Friedrich Wreden. — Braunschweig. — 1861.
15. *Griesinger W.* Vortrag zur Eroeffnung der psychiatrischen Klinik zu Berlin. Am 2.Mai 1867. Archiv fuer Psychiatrie und Nervenheilkunde. — 1868. — Band I, Heft I. — S. 143 – 158.
16. *Gruhle H. W.* Geschichtliches. In: Handbuch der Geisteskrankheiten. (Herausgeb. von O. Bumke). Neunter Band. Spezieller Teil V. — Die Schizophrenie. — S. 1 – 30.
17. *Guislain J.* Leçon sur les phrenopathies. Gand, 1852.
18. *Janzarik W.* Themen und Tendenzen der deutschsprachigen Psychiatrie. Springer — Verlag, Berlin — Heidelberg — New York, 1974.
19. *Kahlbaum K.* Die Gruppierung der psychischen Krankheiten und die Einteilung der Seelenstörungen. Verlag von A. W. Kafemann, Danzig, 1863.
20. *von Krafft-Ebing R.* (Крафт-Эбинг Р.) Учебник психиатрии на основании клинических наблюдений для практических врачей и студентов. (пер. А. Черемшанского с 5-го издания сочинения: Lehrbuch der Psychiatrie auf klinischer Grundlage 1893 г.) — Третье русское издание. — Издание К. Л. Риккера, С.-Петербург, 1897.
21. *Lasegue Ch.* Du delire de persecutions. Archives generales de medicine. 1852. v. 28, Fevrier, — p. 128 – 150.
22. *Magnan V., Serieux P.* Le délire chronique à évolution systematique. — Paris, 1892.
23. *Magnan V.* Leçon clinique sur les maladies mentales. 2e série. — Paris, 1897.
24. *Magnan V.* (1835 – 1916) Clinical lessons on mental diseases. In: Anthology of French Language Psychiatric Texts (Ed. by F.-R. Cousin, J. Garrabe, D. Morozov). — Institut Synthelabo, Le Plessis-Robinson, 1999. — P. 263 – 266.
25. *Magnan V.* (1835 – 1916), Legrain P. (1860 – 1939). The Immediate delusions. In: Anthology of French Language Psychiatric Texts (Ed. by F.-R. Cousin, J. Garrabe, D. Morozov). — Institut Synthelabo, Le Plessis-Robinson, 1999. — P. 267 – 283.
26. *Morel B. A.* Traité des maladies mentales. — Librairie Victor Masson. — Paris. — 1860.
27. *Neumann H.* Lehrbuch der Psychiatrie. — Enke, Erlangen, 1859.
28. *Regis E.* Precis de Psychiatrie. Sixieme Edition, entierement revue et corrigee. Librairie Octave Doin, Gaston Doin, Edituer, Paris. — 1923.
29. *Sander W.* Ueber eine spezielle Form der primaeren Verruecktheit. Arch. Fuer Psychiatrie und Nervenkrankheiten. — 1868. — Bd. I. — Heft 1. — S. 387 – 419.
30. *Schuele H.* (Шюле Г.) Руководство по душевным болезням (перевод Д. Г. Фридберга). Издание врача Б. Хавкина. — Харьков. — 1880.
31. *Snell L.* Ueber Monomanien als primaere Form der Seelenstoerung. Allgemeine Zeitschrift fuer Psychiatrie. — 1865. — 22, — S. 368 – 381.
32. *Wernicke C.* Grundriss der Psychiatrie in klinischen Vorlesungen. Zweite revidierte Auflage. Verlag von Georg Thieme Leipzig. — 1906.
33. *Wolfe M.* La psychopathologie et ses methodes. — Presses universitaires de France, Paris, 1998.
34. *Westphal C.* Ueber die Verruecktheit(1878). In: Gesammelte Abhandlungen (Herausgeb. von A. Westphal). — Verlag von August Hirschwald. — Berlin. — 1892. — Erster Band. — S. 388 – 392.

XII МЕЖДУНАРОДНАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ

Общества неврологии, психиатрии и нейрохирургии Чили

30 октября – 1 ноября 2008 г., Вина дель Мар, Чили

jumavi@terra.cl; www.sonepsyn.cl

ЕЖЕГОДНЫЙ КОНГРЕСС

ОБЩЕСТВА ПСИХИАТРИИ, ПСИХОТЕРАПИИ И НЕРВНЫХ РАССТРОЙСТВ ГЕРМАНИИ

26 – 29 ноября 2008 г., Берлин, Германия

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

“Локус контроля” Джулиана Роттера с позиций психометрии¹

И. Э. Секоян² (Ереван, Армения)

Ключевые слова: локус контроля, психометрия, корреляция, психофизиологические характеристики, возрастная динамика

Конструкт, описанный J. Rotter как “локус контроля” (locus of control — LOC), как и одноименная концепция, отраженная в виде разработанной автором шкалы “Rotter External-Internal locus of control scale” (I-E Rotter’s Scale) для оценки генерализованных ожиданий внутреннего/внешнего контроля подкрепления, находят все больше сторонников среди исследователей самого различного профиля. Согласно установившимся представлениям, внутренний (*интернальный*) контроль указывает на восприятие события как обусловленного поведением или относительно постоянными характеристиками индивидуума. Внешний (*экстернальный*) контроль указывает, что следующее за действием индивидуума положительное или отрицательное подкрепление воспринимается им не как полностью зависящее от его действия, а как результат случая, рокового или счастливого стечения обстоятельств. Предусмотренный концепцией LOC широкий диапазон возможностей применения I-E Rotter’s Scale, наряду с ее многофакторной структурой и валидностью, как и разновидностью вариантов, используемых для проведения исследований в различных популяциях и сферах, свидетельствуют о взаимосвязи “локуса контроля” с личностно-поведенческими характеристиками, что рассматривается в качестве своеобразного ключа в изучении феноменологии и прогнозировании мотивации поведения индивидуума при различных патологических состояниях и стрессовых ситуациях [1, 15, 35, 36]. Свидетельством проявления интереса к указанной проблеме являются результаты изучения “локуса контроля” при нервной анорексии [9, 10], нарциссизме [46], тревожно-депрессивных расстройствах [38, 42], суицидальности [6, 40], психиатрической коморбидности [50], психосоматической патологии [49, 57], алкоголизме [18, 27] и злоупотреблении курением [7, 8]. Являясь важным аспектом мотивации, “локус контроля” используется при изучении личностно-поведенческих характеристик и межличностных отношений [11, 16, 39, 52, 53, 59].

В то же время отсутствие единых воззрений на природу “локуса контроля” и неоднозначность его трактовки в качестве своеобразного конструкта, дик-

тует необходимость использования при изучении “локуса контроля” наряду с феноменологией, аналитического подхода, психометрии и принципов доказательной медицины. Существенным представляется рассмотрение ассоциированности “локуса контроля” с эмоционально-личностными характеристиками и поведенческими особенностями в рамках системного подхода, предусматривающего функциональную специализацию полушарий мозга [17, 26, 30, 61]. В контексте представлений о межполушарной функциональной асимметрии, предусматривающей левополушарную латерализацию [14, 20, 22, 25, 33, 41], левое полушарие становится доминантным лишь на определенном этапе онтогенеза [12, 23], что допускает возможность возрастной трансформации как собственного конструкта “локуса контроля”, так и его взаимосвязей. Правомочность подобного подхода аргументирована тем, что выраженность межполушарной функциональной асимметрии является достаточно динамической характеристикой, в основе которой лежит взаимодействие генетических и эпигенетических факторов [34, 56]. С позиций биопсихиатрии важным следует считать выявление микроанатомических [4, 24, 31, 37, 43, 44], нейрохимических [32, 45], нейрофизиологических [28, 58, 60] и гемодинамических [3, 54] различий между полушариями и рядом подкорковых структур, что позволило сформулировать представление об асимметрии головного мозга и существенной роли транскаллозального межполушарного взаимодействия [13, 47]. Одновременно выявлено, что межполушарная асимметрия подвергается трансформации при некоторых психических расстройствах и стрессовых ситуациях [21, 29, 48, 55, 62].

Целью исследования явилось изучение устойчивости собственно конструкта “локус контроля” и его взаимосвязей с некоторыми эмоционально-личностными характеристиками в возрастной динамике.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

В исследование были вовлечены практически здоровые лица — добровольцы: 466 респондентов — 171 мужчин (36,7 %) и 295 женщин (63,3 %) распределенных по возрастному признаку в три группы. В I группу вошли 239 лиц в возрасте от 19 до 30 лет, во II группу — 105 респондентов в возрасте от 31 до 50 лет, в III группу — 122 респондента в возрасте от 51 до 65 лет.

В работе использованы следующие, соответствующие требованиям валидности и надежности психометрические стандартизированные тесты:

¹ Rotter J. Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. Psychological Monographs. 1966.

² Ереванский государственный медицинский университет им. Мхитара Гераци.

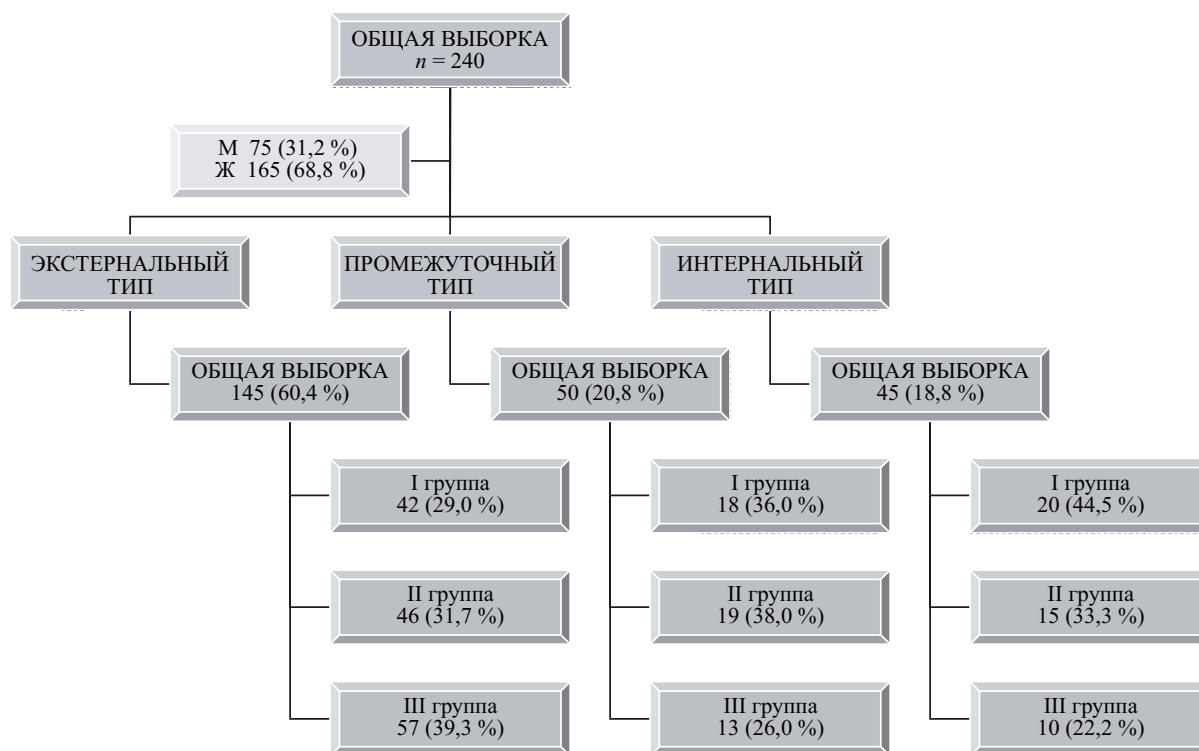


Рис. 1. Распределение респондентов различных возрастных групп, согласно результатам тестирования по Rotter Internal-External Locus Control Scale (Rotter I-E)

1. Eysenck Personality Inventory (EPI), предназначенный для изучения личностных характеристик, включающий шкалы для определения следующих параметров:

- EPI-1 искренность/скрывать;
- EPI-2 интраверсия/экстраверсия;
- EPI-3 эмоциональная устойчивость/неустойчивость;
- модель “*круг Eysenck*” для выявления типа темперамента (флегматик, холерик, сангвиник, меланхолик).

2. Rotter Internal-External Locus Control Scale (Rotter I-E) — для выявления экстернального, промежуточного и интернального типа личности.

3. Jenkins Activity Survey (JAS) — для выявления личностных типов А, АВ, В.

4. Опросник Rean — для выявления мотива достижения успеха/избегания неудачи.

5. Buss-Durkee Hostility Inventory (BDHI) — для изучения физической (BDHI-1), вербальной (BDHI-2) и косвенной (BDHI-3) агрессии в градации: низкий, средний, высокий уровень.

6. Toronto Alexithymia Scale (TAS) — шкала, позволяющая получить результаты в следующей градации: неалекситимический, невыраженный и алекситимический типы личности.

7. Spielberger State-Trait Anxiety Inventory (STAI) — опросник характеризующий реактивную тревогу (STAI-I) и личностную тревожность (STAI-II). Уровень тревоги выражался в градации: низкий, умеренный, высокий.

8. Beck Depression Inventory (BDI) — для дифференциации легкого уровня депрессии ситуативного или невротического генеза и истинной депрессии.

Оценка профиля латеральности осуществлялась с помощью тестов для выявления скрытого левшества, т.н. Луриевские пробы [2].

Изучение характеристики искренность/скрывать с помощью шкалы EPI-I позволило выявить, что в общей выборке тест на искренность преодолели 360 респондентов (77,3 %). Из числа лиц проявивших искренность, с целью обеспечения репрезентативности, последующие психометрические исследования были проведены в трех равнозначных по числу (по 80 респондентов в каждой) и полу (по 25 мужчин и 55 женщин) группах. I группа — студенты и обучающиеся в сфере постдипломного образования, средний возраст ($M \pm SD$) $22,3 \pm 2,5$ лет. Группы II ($36,7 \pm 5,5$ лет) и III ($57,5 \pm 7,6$ лет) были представлены контингентом лиц интеллектуального профиля деятельности из числа сотрудников, работающих на момент обследования в сфере науки и образования. Все респонденты выразили информированное согласие участвовать в проекте. После получения предварительного согла-

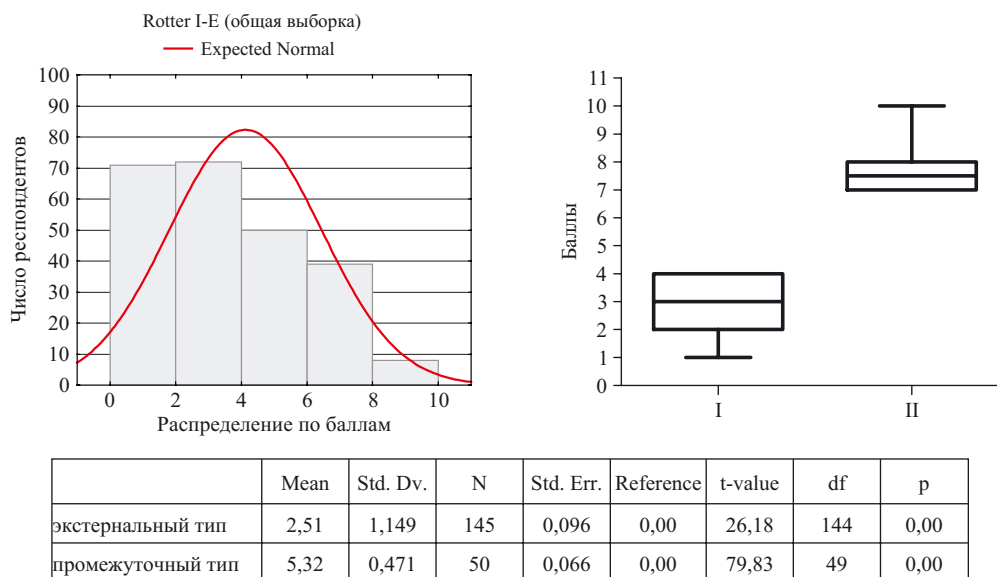


Рис. 2. Результаты тестирования респондентов по шкале Rotter I-E₀
 Обозначения: I — экстернальный тип личности, II — интернальный тип личности

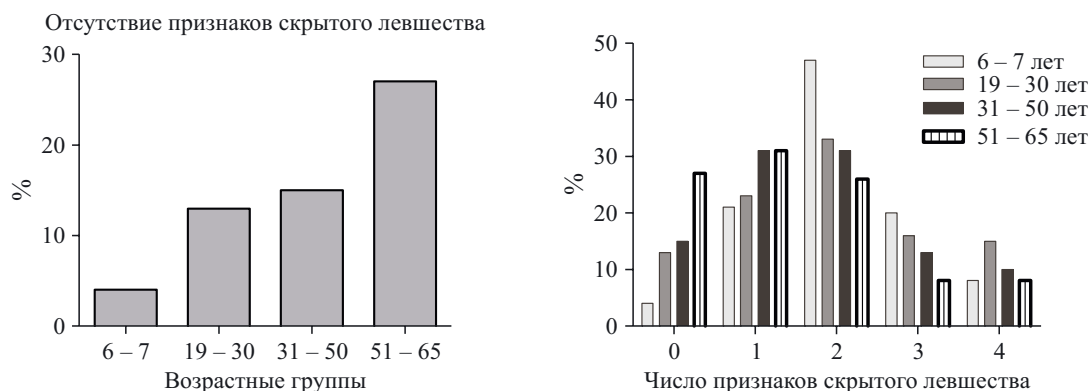


Рис. 3. Возрастное распределение респондентов с признаками скрытого левшества (0 – 4) в общей выборке обследованных лиц (n = 466)

сия школьной администрации, признаки скрытого левшества были исследованы у 70 детей младшего школьного возраста (6 – 7 лет), из них мальчиков — 35, девочек — 35.

Использование стандартизированных опросников самооценки позволило обеспечить максимальную степень невовлеченности исследователя в процесс сбора информации. Все процедуры, связанные с проведением опроса респондентов, хранением первичного материала и результатов его обработки, проведены с соблюдением конфиденциальности и других этических норм, соответствующих принципам Хельсинкской декларации и ее пересмотренного варианта, с внесенными в последующем дополнениями [63].

Для статистической обработки полученных данных использовали компьютерные статистические програм-

мы STATISTICA 6.0 и GraphPad Prism 4: описательная статистика (*Basic statistic:t-test single sample*), корреляционный анализ (*Nonparametric Statistic:Correlation Spearman*), модель множественной регрессии (*General Regression Model, Multiple Regression*), факторный анализ (*Factor Analysis. Factor Loadings. Varimax normalized. Hierarchical analysis*). Итоговая оценка психометрических тестов выражалась в баллах ($M \pm SD, \pm SE$).

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Результаты тестирования по шкале Rotter I-E₀ свидетельствуют, что в общей выборке доминировали респонденты с экстернальным типом личности (60,4%). Среди обследованных лиц экстернальный

тип в большем проценте случаев выявлен среди женщин (62,4 %), чем мужчин (56,0 %). Установлено, что с возрастом наблюдается увеличение числа респондентов с экстернальным типом личности и уменьшение с интернальным типом (см. рис. 1, 2).

Одним из приоритетных направлений современной дифференциальной нейропсихологии является изучение характеристик эмоционально-личностной сферы в контексте проблемы межполушарной асимметрии. Выявлено, что профиль латеральности моторных, сенсорных и психических асимметрий коррелирует с эмоционально-личностными особенностями [5, 19, 51]. Среди моторных асимметрий, в большинстве нейропсихологических исследований, ведущей считается ручная (мануальная) асимметрия.

Учитывая, что основной задачей исследования явилось изучение возрастных особенностей собственного конструкта “локуса контроля” и его взаимосвязей с некоторыми характеристиками эмоционально-личностной сферы и поведенческих особенностей, первым шагом явилось изучение характера распределения признаков скрытого левшества в исследуемой популяции, что дало бы возможность судить о возрастной трансформации одного из проявлений моторной асимметрии. Полученные данные свидетельствуют, что среди 466 взрослых обследованных и 70 детей младшего школьного возраста (6 – 7 лет), признаки скрытого левшества не выявлены лишь у 4,3 % детей и 17,2 % взрослых лиц.

В особом рассмотрении нуждается возрастная динамика распределения лиц с различным числом признаков скрытого левшества. Так, выявлена тенденция

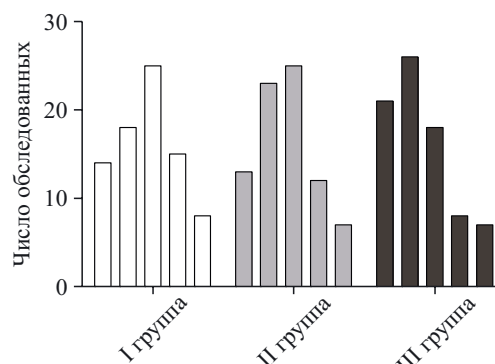


Рис. 4. Возрастное распределение респондентов с признаками скрытого левшества (0 – 4) в репрезентативных группах (I-III) респондентов (n = 240)

увеличения с возрастом числа лиц как без признаков, так и с одним признаком скрытого левшества. Доминирующей являлась тенденция уменьшения с возрастом процентного представительства лиц с двумя и более признаками скрытого левшества, что свидетельствует об увеличении с возрастом степени межполушарной функциональной (моторной) асимметрии (см. рис. 3, 4).

Онтогенетический аспект особенностей конструкта “локуса контроля” был исследован путем определения степени ассоциирования показателей субшкал Rotter I-E с помощью непараметрического метода корреляционного анализа. Установлено, что показатели субшкал I-E₀ — I-E₅ с различными значениями R

Таблица 1. Корреляция (R Spearman's) показателей субшкал опросника Rotter I-E у респондентов различных возрастных групп (n = 240)

	Субшкалы Rotter I-E	группы	I-E ₀	I-E ₁	I-E ₂	I-E ₃	I-E ₄	I-E ₅	I-E ₆
I-E ₀	общей интернальности	I II III	—						
I-E ₁	интернальности в области достижений	I II III	0,736*** 0,686*** 0,699***	—					
I-E ₂	интернальности в области неудач	I II III	0,716*** 0,757*** 0,672***	0,301** 0,410*** 0,252*	—				
I-E ₃	интернальности в области семейных отношений	I II III	0,569*** 0,657*** 0,553***	0,543*** 0,470*** 0,495***	0,330** 0,558*** 0,372**	—			
I-E ₄	интернальности в области производственных отношений	I II III	0,737*** 0,604*** 0,700***	0,624*** 0,492*** 0,545***	0,417*** 0,246* 0,489***	0,446*** 0,310** 0,283*	—		
I-E ₅	интернальности в области межличностных отношений	I II III	0,548*** 0,392** 0,445***	0,493*** 0,598*** 0,393**	0,431*** 0,266* 0,243*	0,326** 0,161 0,215	0,368** 0,181 0,153	—	
I-E ₆	интернальности в области здоровья и болезни	I II III	0,286** 0,189 0,366**	0,077 -0,083 0,118	0,204* 0,096 0,183	0,074 -0,055 0,040	0,113 -0,074 0,326**	-0,039 -0,060 0,110	—

*** P < 0,001. ** P < 0,01. * P < 0,05.

Таблица 2. Распределение психофизиологических характеристик лиц различных возрастных групп

Показатели	I группа	II группа	III группа
экстернальный тип личности	42 (52,5 %)	46 (57,5 %)	57 (71,3 %)
интернальный тип личности	20 (25,0 %)	15 (18,7 %)	10 (12,5 %)
интраверты	17 (21,3 %)	28 (35,0 %)	38 (47,5 %)
экстраверты	38 (47,5 %)	17 (21,2 %)	8 (10,0 %)
эмоционально устойчивый тип	21 (26,3 %)	27 (33,8 %)	18 (22,5 %)
эмоционально неустойчивый тип	38 (47,5 %)	32 (40,0 %)	36 (45,0 %)
флегматик	9 (11,3 %)	23 (28,8 %)	20 (25,0 %)
холерик	30 (37,5 %)	20 (25,0 %)	17 (21,3 %)
сангвиник	20 (25,0 %)	14 (17,4 %)	8 (9,9 %)
меланхолик	21 (26,2 %)	23 (28,8 %)	35 (43,8 %)
личностный тип А	11 (13,8 %)	16 (20,0 %)	21 (26,2 %)
личностный тип В	12 (15,0 %)	8 (10,0 %)	11 (13,8 %)
мотив достижения успеха	39 (48,8 %)	39 (48,8 %)	43 (53,8 %)
высокий уровень реактивной тревоги	43 (53,8 %)	46 (57,5 %)	55 (68,8 %)
высокий уровень личностной тревожности	38 (47,5 %)	41 (51,3 %)	51 (63,8 %)
неалекситимический тип	29 (36,2 %)	29 (36,2 %)	22 (27,5 %)
невывраженный тип	26 (32,5 %)	20 (25,0 %)	30 (37,5 %)
алекситимический тип	25 (31,3 %)	31 (38,8 %)	28 (35,0 %)
легкий уровень депрессии	14 (17,5 %)	10 (12,5 %)	19 (23,7 %)
высокий уровень физической агрессии	24 (30,0 %)	21 (26,2 %)	19 (23,7 %)
высокий уровень вербальной агрессии	49 (61,3 %)	42 (52,5 %)	40 (50,0 %)
высокий уровень косвенной агрессии	41 (51,3 %)	30 (37,5 %)	18 (22,5 %)

Таблица 3. Результаты корреляционного анализа (R Spearman's) ассоциирования LOC (I-E₀) с характеристиками эмоционально-личностной сферы лиц различных возрастных групп

	Rotter Internal-External Locus Control Scale (Rotter I-E)								
	I группа			II группа			III группа		
	R Spearman	t(N-2)	p	R Spearman	t(N-2)	p	R Spearman	t(N-2)	p
EPI-2	-0,071	-0,635	0,527	0,005	0,052	0,958	-0,107	-0,953	0,343
EPI-3	-0,404	-3,908	0,000	-0,221	-2,004	0,048	-0,387	-3,713	0,000
JAS	-0,065	-0,580	0,563	-0,121	-0,077	0,284	-0,036	-0,323	0,746
REAN	0,252	2,307	0,023	0,102	0,911	0,364	0,089	0,794	0,429
STAI-I	-0,398	-3,838	0,000	-0,230	-0,294	0,039	-0,327	-3,058	0,003
STAI-II	-0,497	-5,064	0,000	-0,276	-2,542	0,012	-0,363	-3,449	0,000
BDHI-1	-0,012	-0,108	0,914	-0,043	-0,388	0,698	-0,010	-0,096	0,923
BDHI-2	-0,065	-0,583	0,561	-0,100	-0,895	0,373	-0,004	-0,041	0,967
BDHI-3	-0,165	-1,485	0,141	-0,091	-0,811	0,419	0,073	0,648	0,518
TAS	-0,393	-3,776	0,000	-0,268	-2,466	0,015	-0,271	-2,493	0,014
BDI	-0,319	-2,974	0,003	-0,326	-3,049	0,003	-0,204	-1,843	0,049

положительно коррелируют между собой, за исключением I-E₆, которая положительно коррелирует лишь с I-E₀. Наиболее существенным является тот факт, что характер и сила корреляционных взаимосвязей между показателями субшкал Rotter I-E в возрастном аспекте существенным изменениям не подвергаются, что, по-видимому, следует рассматривать

в качестве достаточной устойчивости конструкта “локус контроля” не трансформирующегося в процессе левополушарной латерализации (онтогенеза) (см. табл. 1).

Определенный интерес представляло изучение возрастных особенностей ассоциирования “локуса контроля” с некоторыми психофизиологическими

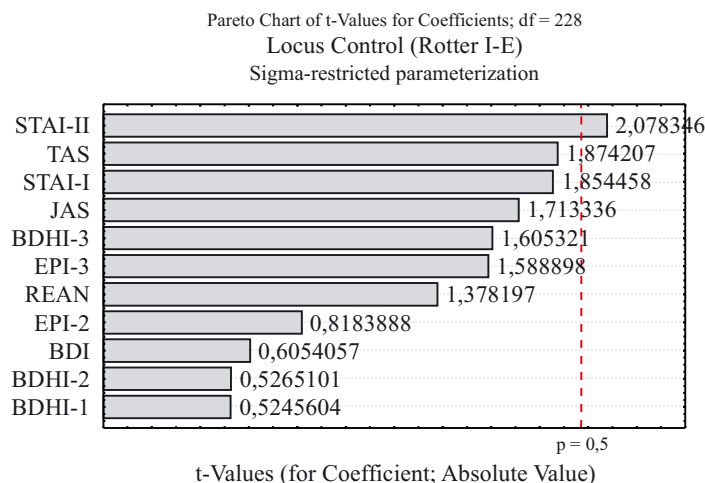


Рис. 5. Результаты изучения взаимосвязей I-E₀ с характеристиками эмоционально-личностной сферы респондентов с помощью модели множественной регрессии (*General Regression Model, Multiple Regression*); общая выборка (n = 240)

характеристиками. В частности, принимая во внимание, что у интравертов (в отличие от экстравертов) доминирующим является левое полушарие, изучали распределение интравертов и экстравертов среди лиц различных возрастных групп. Анализ результатов тестирования по шкале EPI-2 респондентов различных возрастных групп свидетельствует, что с возрастом отмечается прогрессирующее увеличение числа интравертов, с одновременным уменьшением числа экстравертов. По шкале EPI-3 среди респондентов различных возрастных групп преобладал эмоционально неустойчивый тип личности, при этом установлено, что процентное соотношение между лицами с эмоциональной устойчивостью и неустойчивостью с возрастом существенно не изменяется.

Для выявления типов темперамента использовали модель “*круг Eysenck*”, согласно которой, экстраверсия в сочетании с эмоциональной неустойчивостью характеризует холерика, а в сочетании с эмоциональной устойчивостью — сангвиника. Аналогично, интраверсия в сочетании с эмоциональной неустойчивостью характеризует меланхолика, а с эмоциональной устойчивостью — флегматика. Изучение темперамента позволило выявить, что в возрастной динамике отмечается тенденция к увеличению числа флегматиков и меланхоликов и, соответственно, уменьшению числа холериков и сангвиников. Существенно, что процентное распределение и соотношение личностного типа В по шкале JAS в исследуемых возрастных группах почти одинаково, что проявляется и в отношении показателя “*мотив достижения успеха*” и алекситимического типа личности.

Согласно результатам исследования число лиц с высоким уровнем личностной тревожности, личностного типа А и реактивной тревоги с возрастом обнаруживает небольшую тенденцию к возрастанию. Процент лиц с легким уровнем депрессии несколько

выше среди респондентов III возрастной группы. Примечательно, что процент лиц с высоким уровнем физической, вербальной и, особенно, косвенной агрессии с возрастом снижается. Таким образом, анализ полученных данных свидетельствует, что параллельно с увеличением с возрастом числа респондентов с экстернальным типом личности и уменьшением количества лиц с интернальным типом, в исследуемых возрастных группах происходит перераспределение процентного представительства респондентов с исследуемыми психофизиологическими характеристиками (табл. 2).

Изучение взаимосвязи “*локуса контроля*” с эмоционально-личностными характеристиками и их возрастными особенностями проведено также с помощью методов корреляционного, факторного анализа и модели множественной линейной регрессии.

Установлено, что у респондентов I группы показатели шкалы Rotter I-E₀ (*интернальности/экстернальности*) статистически достоверно положительно коррелируют с показателями шкалы REAN (*мотив достижения успеха/избегания неудачи*) и отрицательно с показателями EPI-3 (*эмоциональная устойчивость/неустойчивость*), STAI-I (*реактивная тревога*), STAI-II (*личностная тревожность*), TAS (*алекситимия*) и BDI (*депрессия*). Аналогичная картина выявлена в отношении респондентов II и III групп, лишь с той разницей, что положительная корреляция с показателями шкалы REAN становится недостоверной. Как следует из представленных данных, межгрупповые различия выражаются в мозаике изменений величины коэффициента R, что свидетельствует об изменении силы корреляции значений Rotter I-E₀ с исследуемыми психофизиологическими показателями (табл. 3).

Таким образом, данные корреляционного анализа являются одним из свидетельств существования на-

Таблица 4. Факторный анализ психофизиологических характеристик респондентов различных возрастных групп*

	I группа		II группа		III группа	
	Factor 1	Factor 2	Factor 1	Factor 2	Factor 1	Factor 2
I-E ₀	0,637782	0,081245	0,514665	-0,015273	0,543758	0,055986
EPI-2	-0,063210	0,670206	-0,140496	0,447967	-0,011330	0,700797
EPI-3	0,793244	0,151663	0,501970	0,595791	0,704722	0,240612
JAS	-0,066471	0,478531	-0,337210	0,463610	-0,066909	0,727572
REAN	0,490662	0,012321	0,560384	-0,121551	0,513465	-0,378910
STAI-I	0,831295	0,013888	0,710993	0,132424	0,783471	0,033944
STAI-II	0,904200	-0,045979	0,783697	0,363481	0,816413	-0,103920
BDHI-1	-0,091468	0,687831	0,084485	0,702854	-0,069936	0,747035
BDHI-2	0,049410	0,792476	0,111387	0,684857	0,195632	0,688699
BDHI-3	0,417054	0,630429	0,341253	0,611027	0,039882	0,594745
TAS	0,711998	-0,118822	0,705139	0,052045	0,594663	0,004197
BDI	0,677770	-0,291603	0,685127	0,034158	0,749263	-0,032311

* Factor Loadings (Varimax normalized). Hierarchical analysis.

личия достаточно устойчивых и качественно не трансформирующихся в онтогенетическом плане взаимосвязей “локуса контроля” с рядом эмоционально-личностных характеристик, при этом картина подобной ассоциированности получила свое подтверждение и при использовании модели множественной регрессии (рис.5).

Результаты факторного анализа возрастной динамики взаимосвязей I-E₀ с характеристиками эмоционально-личностной сферы респондентов свидетельствуют об общности и определенных различиях в структуре выявленных факторов. Так, структура Фактора-1, постоянным компонентом которого является I-E₀ (“локус контроля”), в I (19 – 30 лет) и II (31 – 50 лет) группах аналогична; в III группе (51 – 65 лет) отсутствует лишь показатель BDHI-3 (косвенная агрессия). Возрастные изменения Фактора-2, в структуру которого, как следует из приведенных данных “локус контроля” не вовлечен, характеризуются достаточной мозаичностью (см. табл. 4).

Таким образом, анализ результатов исследований проведенных в репрезентативных группах с помощью стандартизированных методов психометрии и биостатистики свидетельствует, что описанный J. Rotter “локус контроля” можно рассматривать в качестве достаточно устойчивого и селективно ассоциированного с личностно-эмоциональными характеристиками конструкта, не подвергающегося в возрастной динамике существенной трансформации.

ЛИТЕРАТУРА

1. Анастаси А., Урбина С. Психологическое тестирование. 2006. ПИТЕР. 687 стр.
2. Хомская Е. Д. Нейропсихология. 2003. ПИТЕР. 495 стр.
3. Aubert-Broche B., Grova C., Jannin P. Detection of inter-hemispheric asymmetries of brain perfusion in SPECT // Phys. Med. Biol. 2003. Vol. 48. P. 1505 – 1517.
4. Barrick T. R., Mackay C. E., Prima S. et al. Automatic analysis of cerebral asymmetry: an exploratory study of the relationship between brain torque and planum temporale asymmetry // Neuroimage. 2005. Vol. 24. P. 678 – 691.
5. Brown G. G., Caligiuri M., Meloy M. J. et al. Functional brain asymmetries during visuomotor tracking // J. Clin. Exp. Neuropsychol. 2004. V. 26. P. 358 – 368.
6. Boor M. Relationship of internal-external control and United States suicide rates, 1966 – 1973 // J. Clin. Psychol. 1976. Vol. 32. P. 795 – 797.
7. Bunch J. M., Schneider H. G. Smoking-specific locus of control // Psychol. Rep. 1991. Vol. 69. P. 1075 – 1081.
8. Burgess C., Hamblett M. L. Application of the Rotter scale of internal-external locus of control to determine differences between smokers, non-smokers and ex-smokers in their general locus of control // J. Adv. Nurs. 1994. Vol. 19. P. 699 – 704.
9. Cachelin F. M., Maher B. A. Is amenorrhea a critical criterion for anorexia nervosa? // J. Psychosom. Res. 1998. Vol. 44. P. 435 – 440.
10. Chuchra M., Drzazga K., Pawiowska B. Parent-child relations and sense of control in the perception of girls with anorexia // Psychiatr. Pol. 2006. Vol. 40, P. 731 – 742.
11. Clark J., Stoffel V. C. Assessment of codependency behavior in two health student groups // Am. J. Occup. Ther. 1992. Vol. 46. P. 821 – 828.
12. Cooke J. Developmental mechanism and evolutionary origin of vertebrate left / right asymmetries // Biol. Rev. Camb. Philos. Soc. 2004. Vol. 79. P. 377 – 407.
13. Crow T. J., Paez P., Chance S. A. Callosal misconnectivity and the sex difference in psychosis // Int. Rev. Psychiatry. 2007. Vol. 19. P. 449 – 457.
14. Dadda M., Zandona E., Bisazza A. Emotional responsiveness in fish from lines artificially selected for a high or low degree of laterality // Physiol. Behav. 2007. Vol. 92. P. 764 – 772.
15. Davidson A. L., Boyle C., Lauchlan F. Scared to lose control? General and health locus of control in females with a phobia of vomiting // J. Clin. Psychol. 2008. Vol. 64. P. 30 – 39.
16. De Moja C. A. Scores on locus of control and aggression for drug addicts, users, and controls // Psychol. Rep. 1997. Vol. 80, P. 40 – 42.
17. Devlin J. T., Raley J., Tunbridge E. et al. Functional asymmetry for auditory processing in human primary auditory cortex // J. Neurosci. 2003. Vol. 23. P. 11516 – 11522.
18. Donovan D. M., Radford L. M., Chaney E. F. et al. Perceived locus of control as a function of level of depression among alcoholics and nonalcoholics // J. Clin. Psychol. 1977. Vol. 33. P. 582 – 584.

19. *Elalmis D. D., Tan U.* Dynamics of manual skill: a computerized analysis of single PEG movements and stochastic resonance hypothesis of cerebral laterality // *Int. J. Neurosci.* 2008. Vol. 118. P. 399 – 432.
20. *Haaland K. Y., Elsinger C. L., Mayer A. R.* et al. Motor sequence complexity and performing hand produce differential patterns of hemispheric lateralization // *J. Cogn. Neurosci.* 2004. Vol. 16. P. 621 – 636.
21. *Hamilton L. S., Narr K. L., Luders E.* et al. Asymmetries of cortical thickness: effects of handedness, sex, and schizophrenia // *Neuroreport.* 2007. Vol. 18. P. 1427 – 1431.
22. *Hirnstein M., Hausmann M., Güntürkün O.* The evolutionary origins of functional cerebral asymmetries in humans: Does lateralization enhance parallel processing? // *Behav Brain Res.* 2008. Vol. 187. P. 297 – 303.
23. *Hopkins W. D., Rilling J. K.* A comparative MRI study of the relationship between neuroanatomical asymmetry and interhemispheric connectivity in primates: implication for evolution of functional asymmetries // *Behav. Neurosci.* 2000. Vol. 114. P. 739 – 748.
24. *Hua J., Jones C. K., Blakeley J.* et al. Quantitative description of the asymmetry in magnetization transfer effects around the water resonance in the human brain // *Magn. Reson. Med.* 2007. Vol. 58. P. 786 – 793.
25. *Hubner R., Malinowski P.* The effect of response competition on functional hemispheric asymmetries for global / local processing // *Percept. Psychophys.* 2002. Vol. 64. P. 1290 – 1300.
26. *Hutsler J., Galuske R. A.* Hemispheric asymmetries in cerebral cortical networks // *Trends. Neurosci.* 2003. Vol. 26. P. 429 – 435.
27. *Johnson E. E., Nora R. M., Tan B.* et al. Comparison of two locus of control scales in predicting relapse in an alcoholic population // *Percept. Mot. Skills.* 1991. Vol. 72. P. 43 – 50.
28. *Jung P., Baumgartner U., Bauermann T.* et al. Asymmetry in the human primary somatosensory cortex and handedness // *Neuroimage.* 2003. Vol. 19. P. 913 – 923.
29. *Kalb R., Raydt G., Reulbach U.* et al. Symmetry reversal in schizophrenia // *Psychiatry Clin. Neurosci.* 2003. Vol. 57. P. 353 – 360.
30. *Kennepohl S., Sziklas V., Garver K. E.* et al. Memory and the medial temporal lobe: hemispheric specialization reconsidered // *Neuroimage.* 2007. Vol. 36. P. 969 – 978.
31. *Knaus T. A., Corey D. M., Bollich A. M.* et al. Anatomical asymmetries of anterior perisylvian speech-language regions // *Cortex.* 2007. Vol. 43. P. 499 – 510.
32. *Lapierre J. L., Kosenko P. O., Lyamin O. I.* et al. Cortical acetylcholine release is lateralized during asymmetrical slow-wave sleep in northern fur seals // *J. Neurosci.* 2007. Vol. 27. P. 1999 – 2006.
33. *Lewis R. S., Weekes N. Y., Wang T. H.* The effect of a naturalistic stressor on frontal EEG asymmetry, stress, and health // *Biol. Psychol.* 2007. Vol. 75. P. 239 – 247.
34. *Liang J. O., Etheridge A., Hantsoo L.* et al. Asymmetric nodal signaling in the zebrafish diencephalon positions the pineal organ // *Development.* 2000. Vol. 127. P. 5101 – 5112.
35. *Libert Y., Merckaert I., Reynaert C.* et al. Does psychological characteristic influence physicians' communication styles? Impact of physicians' locus of control on interviews with a cancer patient and a relative // *Support Care Cancer.* 2006. Vol. 14. P. 230 – 242.
36. *Libert Y., Merckaert I., Reynaert C.* et al. Physicians are different when they learn communication skills: influence of the locus of control // *Psychooncology.* 2007. Vol. 16. P. 553 – 562.
37. *Liu X., Ogden R. T., Imielinska C.* et al. Statistical bilateral asymmetry measurement in brain images // *Conf. Proc. IEEE. Eng. Med. Biol. Soc.* 2006. Part.1. P. 1441 – 1445.
38. *Madonna S. Jr., Philpot V. D.* Self-statements, self-esteem, and locus of control in discriminating college students' scores on the Beck Depression Inventory // *Psychol. Rep.* 1996. Vol. 78. P. 531 – 534.
39. *Mills J. K.* Interpersonal dependency correlates and locus of control orientation among obese adults in outpatient treatment for obesity // *J. Psychol.* 1994. Vol. 128. P. 667 – 674.
40. *Nelson P. A., Singg S.* Locus of control, sex, and attitudes toward suicide // *Psychol. Rep.* 1998. Vol. 83. P. 353 – 354.
41. *Ogawa K., Inui T.* Lateralization of the posterior parietal cortex for internal monitoring of self- versus externally generated movements // *J. Cogn. Neurosci.* 2007. Vol. 19. P. 1827 – 1835.
42. *Philpot V. D., Holliman W. B., Madonna S. Jr.* Self-statements, locus of control, and depression in predicting self-esteem // *Psychol. Rep.* 1995. Vol. 76. P. 1007 – 1010.
43. *Pujol J., Lopez-Sala A., Deus J.* et al. The lateral asymmetry of the human brain studied by volumetric magnetic resonance imaging // *Neuroimage.* 2002. Vol. 17. P. 670 – 679.
44. *Rademacher J., Burgel U., Geyer S.* et al. Variability and asymmetry in the human precentral motor system. A cytoarchitectonic and myeloarchitectonic brain mapping study // *Brain.* 2001. Vol. 124. P. 232 – 258.
45. *Ramirez M., Prieto J., Vives F.* et al. Neuropeptides, neuropeptides and brain asymmetry // *Curr. Protein Pept. Sci.* 2004. Vol. 5. P. 497 – 506.
46. *Raskin R., Shaw R.* Narcissism and the use of personal pronouns // *J. Pers.* 1988. Vol. 56. P. 393 – 404.
47. *Reggia J. A., Goodall S., Levitan S.* Cortical map asymmetries in the context of transcallosal excitatory influences. // *Neuroreport.* 2001. Vol. 12. P. 1609 – 1614.
48. *Reite M., Teale P., Rojas D. C.* et al. Anomalous somatosensory cortical localization in schizophrenia // *American Journal of Psychiatry.* 2003. Vol. 160. P. 2148 – 2153.
49. *Reynaert C., Janne P., Donckier J.* Locus of control and metabolic control // *Diabete Metab.* 1995. Vol. 21. P. 180 – 187.
50. *Sallmén B., Berglund M., Bokander B.* Perceived coercion related to psychiatric comorbidity and locus of control in institutionalized alcoholics // *Med. Law.* 1998. Vol. 17. P. 381 – 391.
51. *Shenai B. V., Harrison D. W., Demaree H. A.* The neuropsychology of depression: a literature review and preliminary model // *Neuropsychol. Rev.* 2003. V. 13. P. 33 – 42.
52. *Spadone R. A.* Internal-external control and temporal orientation among southeast Asians and white Americans // *Am. J. Occup. Ther.* 1992. Vol. 46. P. 713 – 719.
53. *Spencer B.* College students who wear watches: locus of control and motivational sources // *Psychol. Rep.* 2001. Vol. 88. P. 83 – 84.
54. *Stegagno L., Patrilli D., Duschek S.* et al. Cerebral blood flow in essential hypotension during emotional activation // *Psychophysiology.* 2007. Vol. 44. P. 226 – 232.
55. *Stroganova T. A., Nygren G., Tselin M. M.* et al. Abnormal EEG lateralization in boys with autism // *Clin. Neurophysiol.* 2007. Vol. 118. P. 1842 – 1854.
56. *Tomita T., Aoyama H., Kitamura T.* et al. Factor structure of psychobiological seven-factor model of personality: A model revision. // *Personality and Individual Differences.* 2000, Vol. 29. P. 709 – 727.
57. *Tordeurs D., Janne P.* Alexithymia, health and psychopathology // *Encephale.* 2000, Vol. 26. N3. P. 61 – 68.
58. *Toosy A. T., Werring D. J., Plant G. T.* et al. Asymmetrical activation of human visual cortex demonstrated by functional MRI with monocular stimulation // *Neuroimage.* 2001. Vol. 14. P. 632 – 641.
59. *Tschikota S.* The clinical decision-making processes of student nurses // *J. Nurs. Educ.* 1993. Vol. 32. P. 389 – 398.
60. *Tsutada T., Ikeda H., Tsuyuguchi N.* et al. Detecting functional asymmetries through the dipole moment of magnetoencephalography // *J. Neurol. Sci.* 2002. Vol. 198. P. 51 – 61.
61. *Wang B., Zhou T. G., Zhuo Y.* et al. Global topological dominance in the left hemisphere // *Proc. Natl. Acad. Sci. USA.* 2007. Vol. 104. P. 21014 – 21019.
62. *Wilson T. W., Rojas D. C., Teale P. D.* et al. Aberrant functional organization and maturation in early-onset psychosis: evidence from magnetoencephalography // *Psychiatry Res.* 2007. Vol. 156. P. 59 – 67.
63. *World Medical Association Declaration in Helsinki: ethical principles for medical research involving human subjects // JAMA.* 2000, Vol. 284. P. 3043 – 3045.

Атипичный МДП или шизофрения?

Семинар ведет А. Ю. Магалиф (20 марта 2008 г.), врач-докладчик И. В. Медведева

Уважаемые коллеги, вашему вниманию представляется больная Г. 1985 года рождения. Поступила в больницу № 3 им. В. А. Гиляровского 28 февраля 2008 г. Данная госпитализация третья по счету.

Анамнез. Мать пациентки старше отца на 6 лет, по характеру вспыльчивая, беспокойная. Несмотря на техническое образование, работает уборщицей, объясняет это удобным графиком работы, и тем, что дочь в раннем возрасте нуждалась в правильном питании и соблюдении режима дня. Отец ушел из семьи, когда больной было 6 лет. В настоящее время отношения с дочерью он поддерживает только по телефону. Повторно женат. Мать характеризует отца как беспечно-го, описывает у него состояния “эйфории”, когда он уходил из дома, тратил бесцельно деньги, пьянствовал. Периодически производил впечатление пьяного человека, нелепо хихикал, хотя запаха алкоголя не было.

Больная родилась от первой нормально протекавшей беременности. Роды без осложнений. Единственный ребенок в семье. Развивалась с некоторым опережением: рано начала сидеть, ходить, говорить. Росла здоровой, крепкой. Посещала детский сад, где легко адаптировалась, была активной, общительной. В целом из общей массы детей не выделялась. До 6 лет боялась темноты, часто оставалась спать с родителями. С раннего детства была полной, но никогда не испытывала из-за этого дискомфорта. В школу поступила подготовленной к учебе, училась успешно, легко. С 3-го класса стала повышено активной: собирала вокруг себя одноклассников, имела много друзей и подруг гораздо старше себя. Участвовала в различных школьных мероприятиях, играла в спектаклях, нравилось выступать на сцене. В отношениях с родственниками была уступчивой, ласковой, но искренней привязанности не испытывала, часто манипулировала чувствами матери. В возрасте 9 лет, со слов матери, отмечались периоды немотивированной агрессии к бабушке: выгоняла ее из дома, пыталась ударить. После посещения школьного психолога агрессия прошла.

В возрасте 13 лет стала фанатично увлекаться современной музыкой: наизусть знала тексты песен любимых исполнителей, подробности их личной жизни, развешивала дома плакаты музыкальных групп, посещала концерты. С этого же возраста заявляла матери,

что будет выступать на сцене, хотела поступить в театральный институт.

Весной, незадолго до выпускных экзаменов в 11 классе (больной 17 лет) стала чрезмерно активной, раздражительной, грубила матери, нецензурно ругалась, чего раньше в присутствии родственников никогда не отмечалось, не удерживалась дома, появилась сексуальная расторможенность. По настоянию матери подала документы в Государственный институт управления, но к экзаменам не готовилась. Летом уехала в молодежный лагерь, где работала бабушка. В лагере влюбилась в 50 летнего охранника. Вступила с ним в интимные отношения, собиралась за него замуж, хотела уйти из дома, конфликтовала с матерью, была груба, сквернословила. Мать пригрозила возбудить уголовное дело против этого мужчины, и пациентка была вынуждена вернуться домой. С этого времени (август 2002 года) стала подавленной, вялой, потеряла интерес к жизни, но все-таки поступила на вечернее отделение института. Учебный семестр на вечернем отделении начинался с февраля 2003 года, поэтому до начала обучения она непродолжительное время работала в банке курьером, куда ее устроила мать. С обязанностями справлялась плохо, так как было трудно думать, не могла сосредоточиться, ничего не понимала. Нарушился сон, стали беспокоить головные боли. Через 1,5 месяца уволилась. Стало трудно передвигаться, целыми днями лежала, не ела, понизилось кровяное давление, прекратились менструации, сильно похудела. Появились суицидальные мысли. В институте взяла академический отпуск. Проходила обследование у различных специалистов соматического профиля, но никакой существенной патологии выявлено не было. В феврале 2003 года была направлена в кризисное отделение ГКБ № 20, где получала лечение лудиомилом, трифтазином, феназепамом. Состояние постепенно улучшилось к апрелю 2003 года. Таким образом, все это продолжалось примерно 8 месяцев. Некоторое время после улучшения состояния продолжала принимать препараты. С мая вновь настроение стало приподнятым, и летом опять уехала в молодежный лагерь. После возвращения была возбужденной, сексуально расторможенной, вступала в случайные половые связи, в полном состоянии ходила по городу, заявляла, что она “звезда”, что она будет выступать на сцене, употреб-

ляла спиртные напитки. Частным врачом с конца августа 2003 года был назначен литий. Состояние улучшилось через месяц. Около 2 месяцев продолжала прием лития. С февраля 2004 года восстановилась на первом курсе института, успешно сдала экзамены, была упорядочена, спокойна. С конца весны 2004 года состояние вновь изменилось: много гуляла, посещала ночные клубы, постоянно разговаривала по телефону, проматывала деньги, продавала вещи из дома, вызываясь одевалась. Тогда же в ночном клубе Москвы познакомилась с музыкантом М. Посещала его концерты, интересовалась его личной и творческой жизнью. В конечном итоге завязала с ним дружеские отношения, часто находилась в компании звезд шоу-бизнеса, празднично проводила с ними время. Прекратила посещать занятия в институте. По настоянию матери больная в октябре была задержана сотрудниками милиции, осмотрена дежурным психиатром и направлена в ПБ № 3. При поступлении была многоречивой, демонстративной, сексуально расторможенной, держалась без дистанции, хвастала своими возможностями, знакомством с деятелями шоу-бизнеса, требовала телефон для связи с ними, называла себя звездой современной музыки. При лечении галоперидолом и контемнолом (карбонат лития по 500 мг) больная несколько успокоилась. На восемнадцатый день пребывания в больнице по настоянию матери, была переведена в НЦПЗ РАМН, где находилась с 27 октября по 16 декабря 2004 года. Лечилась там сочетанием седолита (карбонат лития по 300 мг) с лорафеном. После выписки чувствовала себя удовлетворительно, но поддерживающее лечение не принимала. Вновь взяла академический отпуск, работала на различных низкоквалифицированных работах. С сентября 2005 года продолжила обучение на первом курсе института и в январе 2006 года, успешно сдав зимнюю сессию, перешла на второй курс. В конце весны 2006 года опять стала неуправляемой, возбужденной, гневливой, уходила из дома, конфликтовала с матерью, прекратила посещать институт. В октябре 2006 года вновь была стационарирована в ПБ № 3. В отделении была демонстративна, многоречива, рассказывала о своих сексуальных похождениях, заявляла, что она “звезда шоу-бизнеса”, называла себя танцовщицей, утверждала, что выходит замуж за музыканта М. После лечения была выписана в стабильном состоянии в декабре 2006 года с рекомендацией постоянного приема контемнола. В период с февраля 2007 года по январь 2008 года окончила 2-й курс, совмещала учебу с работой в туристической фирме, куда устроилась по протекции подруги. В конце января 2008 года мать заметила, что дочь стала мало спать, постоянно слушала музыку. Снова была возбужденной, конфликтной, непрерывно разговаривала по телефону, крала из дома деньги, выпивала. Незадолго до госпитализации ушла из дома и не возвращалась 4 дня. Вернулась неожиданно, позвонила матери и

попросила встречать ее на каждом этаже, так как ее “пасет ФСБ”. Вбежала в квартиру, была беспокойна, суетлива, закрылась в ванной, плакала. Затем задерживала шторы, открывала окна, считала, что в квартиру пускают газ. Стала обзванивать друзей, говорила, что ей ввели чип, что ее прослушивают, предполагала, что к этому причастен М. Из дома не выходила. Через несколько дней настроение вновь стало повышенным, была многоречива, дурашлива, злыми не спала, просматривала видеокассеты с записью концертов с участием М., громко пела песни. На дому была осмотрена участковым психиатром и стационарирована в нашу больницу 28 февраля 2008 года. Больная дала согласие на госпитализацию.

Соматический статус при поступлении. Повышенного питания. Кожа и видимые слизистые чистые, нормальной окраски. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ритмичные. АД 110/70 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный.

Рентгенография органов грудной клетки от 11.03.2008 г. — патологии не выявлено.

Заключение терапевта: соматически здорова.

Неврологический статус при поступлении. Зрачки Д=С, движения глазных яблок сохранены, лицо без отчетливой асимметрии, мягкое небо подвижно. Тонус мышц конечностей обычный, сухожильные рефлексы Д=С, нарушений чувствительности нет. Выражен гипергидроз ладоней.

ЭХО-ЭГ: смещения М-ЭХО нет.

ЭЭГ: умеренные общемозговые изменения биоэлектрической активности головного мозга без межполушарной асимметрии.

Заключение невропатолога: синдром вегетативной дисфункции.

Консультация гинеколога: нарушение менструальной функции.

Психический статус при поступлении. В кабинет врача вошла вразвалочку, на лице ироничная улыбка, без приглашения села на стул. Ориентирована в месте, времени и личности правильно. Продуктивному контакту доступна. Сидит в свободной позе, оголяет ноги, меняет позу, закидывает ногу на ногу. Настроение приподнятое, дистанцию в общении не соблюдает, говорит громким голосом, смеется, сквернословит, перебивает врача. Заявляет, что пришла в больницу сама, так как “невозможно жить с матерью”, “она постоянно всем недовольна”. Утверждает, что у нее “активный образ жизни, к этому обязывает шоу-бизнес”. Многозначительно глядя на врача сообщила, что ей можно говорить и делать все, что угодно, так как у нее есть связи среди известных людей. Намекает на то, что с ней произошло нечто особенное, о чем она сообщит врачу позже, если посчитает нужным. От дальнейшей беседы отказалась, при этом согласилась на лечение в ПБ № 3, так как считает, что здесь ей будет спокойнее, без разрешения встала и вышла из кабинета врача.

Первоначально больной был назначен сероквельс с постепенным увеличением дозы до 500 мг в день. Такое лечение пациентка получала две недели. Положительной динамики не отмечалось. В отделении оставалась двигательльно активна, многоречива, была навязчива к персоналу, дурашлива, громко приветствовала врача во время обхода, собирала вокруг себя больных, старалась ими командовать. В то же время предпочитала держаться около персонала, предлагала свою помощь. О себе говорила с переоценкой, заявляла, что она должна выйти замуж за М., всех приглашала на предстоящую свадьбу. Была не критична к своему образу жизни и высказываниям. Утверждала, что она беременна, так как накануне госпитализации у нее была “ночь любви”.

В беседе с врачом была то нарочито ласкова, говорила с детскими интонациями, тут же отпускала циничные шутки, смеялась, дурачилась, высказывала намерения начать карьеру певицы, получить второе высшее театральное образование. Беседой быстро пресыщалась, демонстративно вздыхала, перебивала врача. Заявляла: “Мы в шоу-бизнесе все такие непостоянные”. С громкими приветствиями выходила в отделение, к персоналу обращалась либо только по отчеству, либо по имени. Удалось выяснить, что за некоторое время до госпитализации больная поссорилась с матерью, ушла из дома, четыре дня ночевала на студии звукозаписи, где имела интимную близость с молодым человеком. Якобы после этого, оставшись одна, почувствовала, как в комнату стал проникать газ, имеющий запах лаванды. От этого не могла открыть глаза, пошевелиться, чувствовала, как по венам рук и ног что-то движется, на запястьях надуваются пузырьки. Помимо ее воли руки дотронулись до лона, и содержимое этих пузырьков впрыснулось в половой орган. Ощутила, что в области запястий и голени “внедрились чипы”, “шрамы” от которых демонстрировала врачу. В это время слышала знакомую музыку, но песни на диске играли не в том порядке, в котором были записаны. Поняла, что кто-то наблюдает за происходящим с ней через камеру, установленную в комнате. Спустя некоторое время смогла открыть глаза и увидела на потолке образ М., который смотрел на нее и плакал, слышала сверху его голос, который просил прощения. На стене ей показывали сюжеты ее будущей жизни с М., видела себя целующуюся с ним, видела их будущих детей. В этот момент почувствовала, как у нее надувается и сдувается живот, как внутри нее что-то шевелится. По дороге домой была растеряна, напугана, замечала что до метро за ней едут машины, которые сменяют друг друга, видела знакомые номера. В метро также велось наблюдение: заходили люди с наушниками, проезжали с ней несколько станций и выходили, в руках у некоторых из них замечала фотоаппараты, с помощью которых ее фотографировали. Поняла, что за ней следит ФСБ. Под окнами дома также стояли знакомые машины, в квартиру пус-

кали тот же газ, от чего бабушка и мать были сонливыми. Интуитивно понимала, что за каждым ее шагом следят, через чипы узнают ее мысли. Заметила, что в мобильном телефоне установлена камера. Периодически ощущала, как одновременно с газом в ее тело по венам что-то вводят. От этого “отключалась голова”, останавливалось сердце. Стала понимать, что все это организовано с подачи М., который имеет много знакомых в ФСБ. В последующих беседах вносила уточнения к вышесказанному, иногда сведения были противоречивы. Рассказывала, что забеременела от М. в тот момент, когда на студии содержимое пузырьков впрыснулось в ее половой орган. М. таким образом сделал ей предложение. Утверждала, что слежка за ней была организована, чтобы она с собой ничего не сделала после произошедшего с ней на студии. Так ее проверяли годится ли она на роль жены для музыканта М. В последующем утверждала, что из нее хотели сделать певицу, поэтому списывали ее голос, когда она просматривала музыкальные передачи с участием М. Предполагала, что ее используют для того, чтобы она излечивала больных людей, для этого через вены в ее тело вводили их отрицательную энергию, которую она, якобы, перерабатывала. Терапия была изменена: болная стала получать клопиксол-акуфаз по 50 мг в/м через день и клопиксол-депо по 200 мг в/м. Последняя инъекция была сделана 18 марта. Получала также азалептин по 25 мг н/н. Несмотря на это, эффект остается приподнятым, с дурашливостью, но бредовые высказывания звучат реже. В беседах с врачом пациентка стала высказывать сомнения по поводу ранее сказанного, однако, в то же время говорит, что намерена связаться с М., чтобы уточнить у него с какой целью он все это затеял. Предполагает, что о ней просто снимали кино, так как она же “хотела быть актрисой”. Демонстрирует врачу мобильный телефон, показывает место, где установлена камера, но считает, что она теперь не работает, так как села батарейка. Думает, что чипы из нее убрали, когда она спала.

Ведущий: *У докторов есть вопросы по анамнезу и статусу?*

— *При предыдущих госпитализациях не звучали бредовые переживания?* — Там были только идеи собственной переоценки.

Ведущий: *Нет данных о содержании лития?* — К сожалению, нет. — *Она его регулярно принимала?* — Нет. Очень короткое время после выписки из стационара. — *Она амбулаторно не наблюдалась?* — Нет. — *Литий Вы ей сейчас не даете?* — У нас, к сожалению, нет лития, мы даем карбамазепин. — *У нее критики сейчас нет?* — В настоящее время практически нет.

Заключение психолога. Больная ориентирована в полном объеме, активно вступает в беседу. Много речива, настроение несколько повышено, дурашлива, эпизодически раздражительна. Сидит на стуле разва-

лившись, оживленно жестикулирует. Чувство дистанции нарушено, цензура ослаблена. Жалоб на психическое состояние не высказывает. О причине госпитализации говорит: “Это моя мать запихнула меня сюда. Я пережила нервный срыв — она испугалась”. К своему состоянию, ситуации и поведению грубо не критична. Мотивация к исследованию поверхностная, неустойчивая. Результатами не интересуется, задания выполняет небрежно, при указании на ошибки не огорчается, самостоятельно исправить их не стремится. Делает это только при настоятельных требованиях. Однако подсказками пользуется. Работоспособность незначительно снижена вследствие неустойчивости мотивации больной. Объем произвольного внимания в норме. Колебания его концентрации носят выраженный характер. Отмечаются трудности обрабатывания и распределения. Показатели непосредственного запоминания в норме, ретенция — 10 слов. Опосредование незначительно снижает продуктивность мнестической деятельности: 10 из 12. Образы в целом адекватны по смыслу, по содержанию в целом стандартны. Отмечается один отдаленный, крайне субъективный. Для опосредования понятия: “сомнение” рисует маму — “она у меня вызывает сомнение — то одно говорит, то другое, то одно делает, то другое”. В проективном плане рисунки в целом свидетельствуют об эмоциональной обедненности, паранойяльности, тревожности. Графика содержит органические черты. Сфера мышления характеризуется не критичностью. Легкостью возникновения аффективной дезорганизации, грубым нарушением целенаправленности, планирования и контроля мыслительной деятельности, выраженной обстоятельностью, нелепым резонансом, тенденцией к конкретному фабулированию. Отмечается множество дурашливых высказываний. Категориальный способ решения мыслительных задач, в принципе, доступен, однако используется только при корректирующей помощи психолога. Доминируют решения с опорой на конкретные субъективные признаки. Толкование переносного смысла метафор и пословиц доступно и в целом, осуществляется адекватно. Однако при пояснении пословицы “Нет дыма без огня”, выявляется грубый субъективизм, соскальзывание на побочные ассоциации, например: “Как говорят: пошла постирать, а на другом конце говорят, что беременна. Вот и в шоу-бизнесе так”. Эмоционально-личностная сфера характеризуется напряженностью, тревожностью, эмоциональной обедненностью, выраженной демонстративностью и экспансивностью поведения, нарушением цензуры, не критичностью, неустойчивостью настроения в диапазоне между повышенным и раздражительным. Проективная диагностика выявляет инфантилизм, конфликтность характерологического паттерна, сочетание ригидности с эмоциональной неустойчивостью, склонностью к накоплению негативных эмоций с высокой спонтанностью, безудержно-

стью эмоциональных реакций, подозрительности с демонстративностью, оборонительной враждебности с неразборчивой общительностью. Ярко звучит алкогольная тематика. Таким образом, на первый план выступает грубая не критичность, нарушение целенаправленности, планирования и контроля мыслительной деятельности, а также демонстративность и дурашливость поведения у инфантильной, неустойчивой личности с чертами эмоциональной обедненности и паранойяльности.

Ведущий: *К сожалению в заключении не сказано о специфических расстройствах мышления. В эксперименте, вроде бы говорилось об этом, а в заключении нет. Хотелось бы узнать, допустимы ли указанные в заключении особенности (эмоциональная обедненность, нелепое резонанство) для “чистых” маниакальных состояний. Хочу также остановиться на термине “паранойяльность” в понимании патопсихологов. Мы уже не раз его тут обсуждали. В отличие от психиатров патопсихологи называют паранойяльностью защитные, оборонительные реакции больного. Это различие бывает существенным для дифференциальной диагностики.*

БЕСЕДА С БОЛЬНОЙ

— Здравствуйте! Присаживайтесь, пожалуйста. Как Вы думаете, что за люди здесь сидят? — *Доктора.* — Правильно. Поговорите с нами? — *Поговорю.* — Вы же человек общительный, работали в шоу-бизнесе? — *Да.* — Как Вы себя сейчас чувствуете? — *Хорошо.* — Все время хорошо? — *Последнее время все время хорошо.* — А раньше плохо себя чувствовали? — *Раньше было плохо.* — Вообще стоило в больницу ложиться? — *Стоило.* — Что было такого в Вашем состоянии, что требовало лечения в больнице? — *Нервный срыв.* — В чем проявлялся у Вас нервный срыв? — *Не спала.* — Много ночей не спали? — *Несколько ночей, наверное. Я ложилась в 3 утра, а вставала в 7 утра.* — Плохой сон, еще что? — *Все время была на подъеме: хотелось веселиться, петь, танцевать.* — Вы это и делали? — *Собственно говоря, да. Каждый день был праздник.* — Когда каждый день праздник, зачем же тогда в больницу ложиться? — *Но это еще немножко мама тут помогла.* — Сами бы не стали ложиться? — *Так, чтобы на сто процентов приехать и сдать, конечно, нет.* — Но кроме праздника еще были и неприятности? — *Наркотики, алкоголь, но я этого не принимала, кроме алкоголя.* — А наркотики когда-нибудь принимали? — *Один раз попробовала “план”.* — Понравилось? — *С одной стороны, да, весело очень.* — Это давно было? — *Давно, на выпускной вечер.* — Хорошенькая школа. Что же у Вас выпускники на выпускном вечере курят “план”? — *Это уже потом, когда разошлись по своим компаниям.* — Перед поступлением в больницу кроме подъема настроения были еще и страхи: казалось, что пре-

следуют? — *Это после того, как я была четверо суток в продюссерском центре, и там в меня вкачали наркоту.* — Расскажите, пожалуйста, что такое продюссерский центр? — *Там звукозаписывающая компания.* — Это большое здание? — *Это здание, но там сняли подвал. Там несколько комнат: один отдел — звукозаписывающая компания, другой — ателье, третий отдел, где песни писались, четвертый — бухгалтерия.* — А где же Вы четыре дня там находились? — *Там была комната, где, грубо говоря, спали те, кто не хотел ехать домой.* — А как Вы там оказались? — *Меня подруга привела. Она поехала в Германию, а я поехала ребятам помочь достраивать студию. Они строили, а я смотрела, чтобы ничего не украли, унесли.* — И Вы четыре дня там ночевали? — *Да.* — Там-то все и началось? А зачем там все делалось против Вас? — *Это не то, что против меня, просто было весело, мы отметили День всех влюбленных, и понеслось.* — Кончилось это тем, что за Вами установило наблюдение ФСБ, как Вы сами говорили? — *Это уже потом.* — Но корни-то там? — *Да.* — А зачем ФСБ за Вами наблюдать? Что Вы из себя представляете интересного для ФСБ? — *Я для некоторых людей из себя представляю такое...* — Это для одного эстрадного артиста? — *Да, и для его друзей тоже.* — Вы какую-то опасность для них представляете? — *Нет, почему? Просто у него другая работа в ФСБ.* — А зачем следить-то нужно за Вами? Может быть, что бы Вас от чего-то оградить или кого-то от Вас? — *Может быть, кого-то от меня, я не знаю. Я еще над этим думаю.* — А почему Вы думаете, что это ФСБ, может быть, это другие службы, совсем другие люди? — *Интуиция хорошо работает.* — Вы видели особое выражение лиц у этих людей? — *Я их не видела. Когда они это со мной все делали, я никого не видела, кроме М. Я только знаю, кто к этому может быть причастен. А когда я была уже дома, то номера машин, которые там стояли, я их прекрасно знаю.* — А откуда Вы знаете, что это номера машин ФСБ. — *Потому что, я знаю людей, кто на этих машинах ездит.* — Вы их видели раньше? — *Да, я даже знаю этих людей.* — По именам? — *Да.* — А они работают по охране объектов, где Вы были? — *Они не то, что по охране, а просто муж моей подруги, за этим всем следит, чтобы ничего такого не происходило, потому что он знает, что такое шоу-бизнес, и он пытается оградить от всяких неприятностей ее саму.* — Но какое Вы имеете отношение ко всему этому? — *Я просто помогаю. Я работала у нее раньше администратором, она сама поет.* — А кто пускал газ к Вам в квартиру? — *Это я не знаю.* — А по каким признакам Вы замечали, что это газ, Вы его видели? — *Я его чувствовала, но я бы сказала, что это не газ, а запах лаванды с чем-то еще.* — Это отравляющее вещество? — *По крайней мере, бабушка от него спала.* — Почему от него? — *Потому что я знаю, что от него.* — А на Вас он дей-

ствовал? — *Первые дни, да, а потом уже привыкла.* — Этот запах был постоянный? — *Нет, только до вечера, как только мама приходила с работы, сразу прекращался.* — Когда Вы были в квартире и не спали, Вы включали телевизор? — *Да.* — В передачах, которые шли по телевизору, Вы что-нибудь про себя видели? — *Я вставляла свои кассеты с записями.* — А когда это было центральное вещание, то Вы никаких передач к себе не относили? — *Нет, я просто подпевала, песни пела и все.* — Слышали голос вашего знакомого артиста? — *Когда я была там?* — *Да.* — Его рядом не было, а голос Вы слышали? — *Я просто видела его. Вот сейчас тут лампы висят, там такое же расположение ламп было и я видела там его лицо, он сидел со свечками и плакал.* — Как это? — *Прямо в лампе сидел со свечками, плакал и просил прощения.* — Такой маленький что-ли был? — *Да, только отражение разливалось.* — А его лицо было ясно видно? — *Его всего было хорошо видно, я даже видела, в чем он одет.* — Я не понимаю, вот лампа, поместим сюда этого человека... — *Там отражение шло. Он был естественной величины. Он сидел на корточках.* — Там, на фоне этих ламп? — *Он внутри лампы сидел.* — Прямо внутри лампы? — *Он не сам внутри лампы сидел, а просто так отражение давали, что было видно, что он там сидит.* — Он к Вам как обращался, просто словами или еще жестами? — *Он махал мне, говорил: "Привет!" и ставил нашу песню.* — Музыка громко звучала? — *Ну, да, я сама регулировала эту громкость.* — Как Вы считаете, что это такое? Это новое мировое изобретение? — *Сенсация (смеется), напишем в газетах, нет, лучше в передаче "Пусть говорят". Но это я была под воздействием наркоты.* — А наркота-то откуда, Вы же ее не принимали? — *Мне ее воздухом вогнали в комнату. Я нанюхалась и уснула.* — Другими словами, это были галлюцинации? — *Теперь думаю, что, наверное, да.* — Это грустно? — *Нет.* — Но, одно дело, когда реальный человек подавал Вам какие-то знаки, а другое дело, просто галлюцинации под наркотой? — *Я не знаю, это на фоне ясновидения было. Это сложно понять. Конечно, можно сказать, что я ненормальная, сошла с ума, поэтому здесь и лежу.* — Но Вы не жалеете, что это все было? — *Нет.* — Интересно? — *Да.* — Но были ведь и неприятные ощущения, и внизу живота и внутри Вас? — *Но они были необычные.* — Вас это пугало? — *Да, но если такое со мной повториться еще раз, я не испугаюсь.* — У Вас все это время преобладало радостное настроение или оно было разное? — *Дома, например, я не могу долго находиться. Это ужас! Потому что с мамой у нас нелады.* — Только из-за этого? — *Дома я вообще не могу находиться, а тут я лежу, и мне радостно. Мне лишь бы где, но не дома, даже тут мне нравится.* — У Вас чувство страха было? — *Было.* — Чего Вы боялись? — *Что меня могут убить. За то, что я знаю такую информацию.* — Какую? — *Что такие вещи могут делать*

с человеком без его воли. — И что Вы можете эту информацию куда-то передать? — *Да. Но у них очень хорошее прикрытие. Если я пошла в милицию писать или еще что-то — она ненормальная, лежала в дурдоме, она ненормальная и все, вопросов больше нет.* — Над Вами эксперименты проводились? — *Да.* — А кто может быть во главе этих экспериментов? — *Это мой знакомый музыкант М.* — Он что — экспериментатор? — *Конечно, еще великий.* — Но это же должны быть какие-то технические изобретения? — *Ему помогают. У него есть такие друзья.* — И Вы к нему хорошо относитесь? — *Хорошо.* — Несмотря на то, что Вы были объектом этих экспериментов? — *Все равно хорошо.* — И готовы дальше быть объектом экспериментов? — *Да.* — Но, чтобы именно он был? — *Да.* — А какие признаки Вы видели того, что Вас собираются убить? — *Просто на тот момент во мне стояли чипы.* — На каком месте? — *Вокруг ушей, в руках и в ноге.* — Вы их видели? — *Я их чувствовала.* — Они были внутри? — *Да.* — Как их можно вставить внутрь? — *Я не знаю. Мне кажется, что это вгоняется какое-то средство, потом оно в определенных местах как-то подгоняется, и просто фиксируется, каменеет. А если человек выдает информацию ненужным людям, то человека просто отключают и все.* — Как Вы ощущали присутствие чипов в руках и в ногах? — *Считывалась информация с меня.* — Вы чувствовали момент считывания информации? — *Да.* — По каким признакам Вы замечали, что включились чипы? — *Так они работали постоянно.* — А как Вы это чувствовали? — *Просто ощущается, что внутри что-то стоит.* — Вы ощущали присутствие некоего предмета там? — *Да.* — И Вы решили, что это чипы? — *Да.* — Может быть, это просто фантазии? — *Можно списать на то, что я ненормальная, потому что я сейчас в дурдоме...* — Нет, просто могут и дети так фантазировать. — *Очень сложно разговаривать с людьми, которые в это не верят.* — Мы просто пытаемся разобраться. Мы не можем себе представить, как чип у Вас в руке находится, а следов никаких нет. — *Есть. Вот шрам, вот остался след (показывает руку).* — Что-то я ничего не вижу. А через эти чипы Вы ощущали воздействие на Ваши внутренности? — *Да.* — Что Вы ощущали? — *Сердце могло остановиться.* — Вы чувствовали, как сердце останавливается? — *Да.* — Какие еще ощущения? — *Упадок сил.* — Что-то было у Вас с животом? — *Это было там еще.* — Это тоже через чипы? — *Нет, чипы уже потом поставили.* — А каким образом до этого на Вас воздействовали? — *Лекарство по венам проходило.* — А куда иглу вставляли? — *Не знаю. Я тогда лежала, не могла подвинуть ни руками, ни ногами, ни глазами.* — Когда Вы выходили на улицу, замечали, что люди обращают на Вас внимание? — *Да.* — Что Вы видели в их взглядах? — *Что они рядом, и я могу быть спокойна.* — Таких людей было много? — *Пока я ехала домой, меня вели всю дорогу.* — Это были пешеходы или

на машинах? — *Часть — пешеходы, часть — на машинах.* — Мужчины и женщины? — *Да.* — Не смущало, что это довольно много народу? У них было особое выражение лица? — *Они сидели рядом со мной в наушниках.* — Может быть, они просто слушали музыку? — *Нет, это устройство не под музыку. Это такое специальное устройство.* — Но у них было особое выражение лица? — *Нет, они сидели, как ни в чем не бывало.* — То есть, демонстрировали, то, что они ни при чем. А те люди, которые к Вам плохо относились, тоже были среди них? — *Нет.* — Только те, которые Вас подбадривали? — *Да.* — Они давали Вам понять таким образом, что у Вас какое-то необычное будущее? — *Да, я его видела. Когда я там еще лежала, они мне все показали, что у меня будет свадьба, дети, и все будет хорошо.* — Вы это видели? — *Детей я не видела, я их чувствовала.* — Где? — *Внутри себя.* — И сколько же их там было? — *Двое. Мальчик и девочка, двойняшки.* — А как они Вам показывали, что будет свадьба? — *Там было сердечко и в этом сердечке были я и он.* — А где сердечко было? — *На стенке отражалось.* — Цветное? — *Нет, как будто диафильм показывали. Сердечко как-бы двигалось и внутри были я и он.* — А гостей там не было? — *Нет.* — Только Вы и этот самый музыкант? — *Да.* — Когда Вы это все наблюдали, Вы радовались? — *Да.* — А страх одновременно был? — *Если только маленький совсем.* — Вы можете сказать, что в Вас не было какого-то одного настроения, а все время было то одно, то другое? — *Да.* — Смешение настроения? — *Да.* — Вы тогда лежали и не могли подвинуть ни рукой, ни ногой? — *Да.* — Как парализованная? — *Да.* — Действительно, не могли двигаться? — *Действительно, и глаза не открывались, но я слышала все, что происходило.* — Вы тогда не ели и не пили? — *Нет, это было на протяжении минут сорока.* — А до этого? — *До этого мы тусовались, веселились, было все хорошо.* — И вдруг сразу возникло такое состояние? — *Я потом просто одна осталась и легла поспать, и тогда на меня напустили этот газ, от которого у меня все окаменело.* — Значит, когда напустили газ, тогда у Вас все окаменело? — *Да.* — Вы не могли подвинуть ни рукой, ни ногой, но при этом все слышали? — *Да.* — А что слышали? — *Музыку слышала. Включались треки, притом должны были быть одни треки, а включались совершенно другие. По венам проходило лекарство какое-то, шарик надулся на руке, и пошел на матку, потом живот стал надуваться и сдуваться. Сердце остановилось на несколько минут. Потом в меня начали внедрять какое-то лекарство, от которого мне стало тепло, хорошо. Потом я посмотрела на лампу, там сидел М., плакал и просил прощения со свечками.* — Но это когда Вы уже смогли открыть глаза? — *Да.* — А с закрытыми глазами что-нибудь видели? — *Нет.* — Когда Вас привезли в эту больницу, Вы сразу поняли то, что это больница? — *Конечно, я сама дома оделась и ждала их. Я сюда*

добровольно приехала. — У Вас не появлялось мысли, что Вас везут не туда? — *Я все осознавала и знала.* — А за Вами ехали люди из ФСБ? — *Все было закрыто. Я ничего не видела.* — Когда Вы приехали в больницу в отделение, Вы сразу разобрались в обстановке? — *Я знала, что иду в 12-е отделение. Я знала к кому я иду.* — Как Вас встретили больные? — *Я не помню точно обстановку. Я просто пришла к своим, я была рада и счастлива.* — Ничего необычного в отделении Вы не видели? — *Нет.* — На протяжении всех дней в больнице, как к Вам все относились? — *Очень хорошо.* — То, что Вы видели тогда на улице и в транспорте, когда ехали домой из продюсерского центра, т.е. одобрение со стороны окружающих, что-нибудь подобное в отделении Вы замечали? — *У нас все спокойно, все хорошо.* — Нет, так, чтобы окружающие больные... — *Ко мне все хорошо относятся, потому что я ко всем хорошо отношусь. У нас взаимопонимание и все нормально, все хорошо.* — Скажите, пожалуйста, до какого времени Вы считали себя совершенно здоровым человеком, не изменений настроения, ничего с Вами не происходило, а просто жилось нормально? — *Но мне до сих пор живется нормально!* — Это когда такие приключения? — *Ну и что, с кем не бывает?* — Никаких проблем в жизни? — *Может быть до тех пор, пока себя не помнила, совсем в младенчестве. Потом я всегда веселилась, всегда была активная.* — С детского сада? — *Да. Я на всех праздниках всегда пела, стихи читала, танцевала.* — То есть Вы себя готовили в артистки? — *Да. И стану артисткой.* — А что Вы будете делать? — *Выйду отсюда и пойду в театральную поступать.* — Какой артисткой Вы хотите стать? — *Я как Наталья Гундарева.* — То есть Вы хотите быть драматической артисткой? — *Да. "Сладкой женичиной" всего мира.* — Почему всего мира? — *Я буду не только Россию завоевывать.* — Вы в этом уверены? — *Уверена.* — А вдруг, нет? — *Дай Бог, посмотрим.* — Значит сейчас все спокойно? — *Да.* — Не жалко, что это все ушло? — *Да это все еще может вернуться, что Вы так переживаете?* — Мне бы хотелось, чтобы у Вас на душе спокойно было. — *У меня здесь все хорошо. Я же говорю: лежу как дома, кормят хорошо, врачи хорошие.* — Мама приходит? — *Приходит. Мама у меня в Париж едет.* — Вы ей завидуете? — *Нет.* — Вы это как-то иронично сказали. — *Просто у нас с мамой совершенно определенные отношения. Я не любимая дочка.* — А есть еще кто-то? — *Нет, я единственный ребенок.* — А когда Вас мама разлюбила? — *Не знаю, у нас всегда были натянутые отношения.* — С рождения? — *С рождения со мной бабушка постоянно была.* — Значит, у Вас с мамой всегда были натянутые отношения? — *Как папа из дома ушел.* — А сколько Вам тогда было лет? — *Шесть лет. Она пытается обо мне так заботиться, что уже третий раз в дурдом сдает.* — Но Вам же тут нравится? — *Да, но просто сам факт этого.* — Какие вопросы у докторов?

— Какое у Вас сейчас настроение? — *Такое же, как всегда.* — Подъема нет? — *Нет, сейчас все спокойно.* — Про чипы. Вы их ощущали только до больницы? — *Где-то на третий день в больнице их не стало.* — То есть просто перестали чувствовать? — *Да.* — А почему так произошло, как Вы думаете? — *Лекарствами просто вырубил и все.*

— Все слезки за Вами на машинах, люди с наушниками, это все было сделано с добрыми намерениями, чтобы Вас охранять как будущую звезду? — *Да.* — От кого охранять? — *Я была под воздействием этих веществ и могла что-нибудь с собой сделать.* — То есть это с целью довести Вас до дома, чтобы ничего с Вами не случилось? — *Да.* — Еще был период, когда Вы очень похудели? — *Это была депрессия.*

Ведущий: Я как раз хотел спросить Вас об этом периоде. Вы хорошо его помните? — *Да.* — Это когда было? — *С конца 2002 года по апрель 2003 года.* — Не хотелось бы опять попасть в такое состояние? — *Не дай бог.* — А как Вы думаете, почему тогда так было? — *Как мне тогда сказали, потому что у меня сосуды головного мозга очень расширились, бляшки закуповали нервную систему и от этого все пошло.* — Как Вы сейчас это оцениваете: это просто болезнь у Вас была или это было влияние со стороны? — *Это была болезнь.*

— Скажите, пожалуйста, Вам интересно тут с нами разговаривать? — *Да.* — А что интересно? — *Люди сидят, улыбаются, слушают, как бывает в жизни.* — Что Вы больше всего любите делать в жизни? — *Общаться с людьми, выступать, танцевать.* — И в отделении это тоже можно? — *Мы себя прилично ведем, потому что доктора... А когда докторов нет, то бывает поразвлекаемся немножко.* — Вы всегда такая веселая? — *Я стараюсь держаться, не смотря ни на что.* — И мысли идут хорошо, легко? — *Да, даже стихи сочиняю.*

Ведущий: Какое-нибудь стихотворение нам прочтите, пожалуйста. — *Хорошо, посвященное М.*

Как я люблю тебя,
попробую сказать.
Любовь моя как смерч сильна,
как море глубока,
надежна и чиста.
Могу другие я сравненья подобрать.
Любовь моя как вечная молитва,
как песнь о счастье, как сказка бытия.
Как я люблю тебя!
Пока есть ты, живу и я,
а без тебя, зачем мне жить,
тогда мне некого любить.

— Можно ли сказать, что все, что было у Вас перед больницей, это все-таки была болезнь? — *Если Вы так хотите, то можно считать. Вы все меня в этом так усердно убеждаете.* — Если Вам помогли лекарства, то может быть это можно считать болезнью? — *Я в этом точно убежусь, когда я съезжу туда, по-*

смотрю все это, поговорю с этим человеком. — Если он Вам скажет, что это Вам все показалось, то Вы скажете, что, наверное, это я сошла с ума? — *Что я сошла с ума, я такого точно не скажу.* — Но ведь это может быть, если у Вас галлюцинации были? — *Нет, точно нет.* — А что тогда, если он скажет, что этого не было? — *Если он испугается и скажет: “Ты что, сдурела?”*, то я все равно знаю, что я с ума не сошла, даже, несмотря на то, что сейчас здесь. — Несмотря на то, что Вы верите в то, что Вам на третий день помогли лекарства? — *Лекарства мне помогли, и теперь все хорошо.*

— Вы же чувствовали, что Вы беременны? — *Да.* — У Вас даже живот раздувался, но потом выяснилось, что беременности нет, значит, это показалось? — *Да, мне просто тогда показывали мое будущее.* — Кто показывал? — *М. показывал, что у нас с ним будет в будущем. Просто это на что-то записывалось и показывалось мне.* — Но Вы сами ощущали, что живот у Вас растет? — *Да.* — Вы же это чувствовали? — *Да.* — Так при чем же тут М.? — *Потому что мне вводилось лекарство, на руке вырос шарик, который сюда пошел и лег и там выстрелил.* — Так Вы от чего забеременели? — *У меня накануне была любовь с одним мальчиком, потом он уехал домой, и это все произошло. А так я не беременна.*

— Я хотела про наркотики спросить. Вы говорили, что веселились, тусовались. Какие-нибудь стимуляторы принимали? — *Это я без них делала, мне всегда весело и хорошо.*

— Вы в этом году будете поступать в театральное училище? — *Да, летом.* — А в какое? — *Я хочу попробовать в ГИТИС, хотя там конкурс большой, может быть, в студию-школу при МХАТе.* — Способны ли Вы сейчас засесть за учебники? — *Да, я и сейчас учусь в Институте управления. Сейчас выйду, буду догонять свой третий курс.* — И будете готовиться поступать в театральное училище? — *Да, я попробую. Я изначально, после школы хотела поступить в театральный, а мама мне сказала: “Пока ты мне не принесешь нормальный цивилизованный диплом, то никуда не пойдешь, а потом можешь хоть в цирк, хоть в театр”.* — Мама такая же веселая, общительная? — *Нет, мама противоположность мне. Я в бабушку и в папу. Я вообще копия папы.*

Ведущий: А папа сейчас чем занимается? — *Возит какого-то босса на машине. У него сейчас другая семья, моему сводному брату уже 14 лет.* — О чем Вы нас хотите спросить? — *Ну что, доктора, болезнь ли это?* — Мы сейчас посоветуемся и решим. Но совет такой. Если Вы хотите, чтобы Ваша жизнь была дальше стабильна, и не попадать в больницу, то надо те лекарства, которые Вам тут посоветуют принимать и дома, не бросать их, потому что Вам нужно профилактическое лечение. Иначе у Вас будут возникать резкие колебания настроения. На сцене они, может

быть, и не плохи, но в обычной жизни с ними трудно. — *Спасибо.*

ОБСУЖДЕНИЕ

Врач-докладчик. Состояние больной в целом в больнице определяется неустойчивым, с преобладанием повышенного настроением, демонстративностью, манерностью, гебефренностью, инфантильностью, грубой некритичностью к болезни и поведению. Суждения легковесные, непоследовательные, примитивные. Бредовые идеи персекуторного содержания, переоценки собственной значимости, а также идеи любовного притязания остаются в структуре болезненных переживаний больной.

Таким образом, настоящий психический статус можно квалифицировать как аффективно-бредовой. Следует отметить, что в психическом статусе все время преобладал маниакальный аффект. Несмотря на это, сохраняются частично редуцированные персекуторные бредовые идеи.

О развитии заболевания. Психопатологическая наследственность отягощена, учитывая наличие у отца больной аффективных нарушений близких к гипоманиям. В раннем возрасте больная испытывала невротические страхи типа фобий темноты. Ее преморбидную личность можно охарактеризовать как гипертимно-истероидную. Эмоциональные колебания начали отмечаться с 9 лет. Они носили характер повышенной активности с психопатическим поведением, склонностью к фантазированию. Первая отчетливая аффективная фаза возникла в возрасте 17 лет и длилась около 3 месяцев. Состояние определялось повышенным настроением с бродяжничеством, влюбчивостью, расторможенностью влечений. Эта фаза сменилась осенью 2003 года выраженным депрессивным состоянием с идеаторной заторможенностью, характерными сомато-неврологическими расстройствами, суицидальными мыслями. Длилась первая депрессивная фаза около 8 месяцев и потребовала стационарного лечения. Последующие аффективные фазы были только маниакальными с психопатоподобным поведением и достаточно хорошими, продуктивными ремиссиями. Настоящий приступ был принципиально иным. К обычному для больной маниакальному аффекту присоединились острые чувственные бредовые расстройства с яркими идеями воздействия, зрительными фантастическими галлюцинациями, галлюцинациями общего чувства, обонятельными галлюцинациями, элементами оцепенения. Диффузный чувственный бред оформился бредом благожелательного отношения и протекции.

Таким образом, настоящий случай можно определить как шизоаффективный психоз, на высоте которого развился острый синдром Кандинского-Клерамбо.

А. В. Павличенко. Больная подробно и ярко описана. Я согласен с лечащим врачом в том, что боль-

шую часть течения болезни занимали аффективные фазы с конгруэнтным маниам психопатоподобным поведением. Последний психоз в рамках МКБ-10 — шизоаффективное расстройство, аффект — доминантный тип. Я же склоняюсь к тому, что это ближе к биполярному психозу, МДП с продуктивными расстройствами. И наша тактика лечения должна учитывать, в первую очередь, нормотимики. Ее нужно лечить не как больную с шизофреническими расстройствами. Мне кажется, что клопиксол здесь не очень уместен. Это классический нейролептик, который имеет депрессогенный эффект. Возможна провокация депрессивных расстройств. Здесь нужна терапия нормотимиками. Кроме лития, можно использовать вальпроат натрия (депакин). Что касается критики... Она, возможно, будет соглашаться с тем, что больна, но критика не сформируется в следствие ее истерического радикала. Она пережила некий психотический опыт, она верит в этот опыт и добиваться критики здесь нецелесообразно.

И. П. Лещинская. Ей “вживляют чипы”, и она все это ярко ощущает. И сейчас она показывает места, в которые ей все это “вживляли”. И остальные многочисленные галлюцинации. Для МДП это уж слишком много. Может быть, часть ее бреда и проистекает из ее истероидных черт, но в целом — это массивный бред, и она сейчас к нему совершенно не критична. Ей дистанционно что-то вживляют, разгоняют по венам, у нее при этом растет живот, это что, МДП?

М. Е. Бурно. Согласен с Ириной Петровной. Конечно, по своим психопатологическим психотическим расстройствам больная не укладывается в маниакально-депрессивный психоз. И не укладывается в периодическую (рекуррентную) шизофрению. Думаю, что во времена нашей клинической молодости здесь без сомнения поставили бы шубообразную шизофрению. Шубообразная шизофрения — это открытие Снежневского. Он сам это подчеркивал, будучи достаточно скромным и строго ко всему другому, что ему приписывали. Недавно вышла книга “Клиническая психиатрия”, книга статей Снежневского. Он там прямо пишет о том, что это наша, отечественная, шубообразная шизофрения. Известно было прежде о непрерывно-текущей шизофрении, о периодической приступообразной шизофрении, а шубообразная шизофрения (или как раньше Снежневский ее называл — легированная, приступообразно-прогредиентная; легированная — сплав из приступообразной и непрерывно-текущей) — это наше, — отмечает он, — и наше, не только по динамике, но и по клинике, потому что клиника другая, нежели при параноидной шизофрении, гебефренической шизофрении. Клиника шубная, т.е. мы видим разнообразные остропсихотические в шубе психопатологические расстройства, и прежде всего кататоно-онейроидные, депрессивно-параноидные, аффективные, маниакальные, депрессивные, парафренические, все это попеременно или

что-то выступает на первый план. И к этому может прибавляться вся психиатрия. Но все это, в отличие от непрерывно текущей шизофрении, аффективно ярко, сочно, аффективно напряжено, насыщенно, шизоаффективно, так же как в случае истинного приступа при рекуррентной шизофрении. Аффективно насыщенно, мы это видим достаточно ясно, в отличие от параноидной шизофрении, где аффект гаснет со временем, блекнет. Как и при гебефренической, кататоноической шизофрении. Там происходит опустошение личности. Здесь опустошения личности, кроме некоторых злокачественно текущих случаев, не видим. Больная аффективно богата, она аффективно живая. Я думаю, что ее могли бы и в театральное училище принять в сегодняшнем состоянии. В таком статусе вполне могло бы такое случиться. А в отличие от рекуррентной шизофрении, от приступообразной шизофрении, это не приступ в истинном смысле, а шуб, как назвал это Фридрих Мауц, это сдвиг. ... Мы видим, что личность все-таки сдвинута. Это видится даже в сегодняшней психотике или, я бы точнее сказал, в сегодняшней субпсихотике. Биполярное расстройство можно поставить “косметически” по МКБ-10, потому что не хочется ставить ей параноидную шизофрению с эпизодическим течением, ну не похожа она на других, истинно параноидных больных. Что мы видим в статусе? Доктор хорошо представила больную. Спасибо душевное. Мы видим, что критики нет. Болезни у нее нет и не было, а в то же время в больнице ей нравится, вот какая радость, что она в больнице. И кормят здесь хорошо. И можно немножко похулиганить. Это схизис, разлад в самой психотике, о чем еще Ганнушкин говорил. Болезни нет, а в больнице хорошо. И разлад в том, что она веселая, живая, а в то же время в своей живости, в своей веселости — тоже схизис. Она ведь однотонна, и стихи свои читала однотонно. И когда такая однотонная, а временами, местами восторженность, это схизис. Это говорит о шизофреническом процессе. С одной стороны критики нет, а в то же время она сравнительно сохранна. Это очевидно. Сравнительно сохранна, в отличие от больных с непрерывно текущей шизофренией, гебефренических, параноидных. Она настолько сохранна, что может поддеть иронически, на место поставить, с известной тонкостью: “Ну, что вы там все со своими лекарствами? Что от них прошло? Ну, хотите, пусть будет так, ладно.” Это сохранность. Мы видим ее, пусть вяловатую, пусть монотонную, но хитрецу. Александр Юрьевич спрашивает, что хотите у нас спросить, и она спрашивает тоже с известной вяловато-монотонной ироничностью: “Ну, как, болезнь-то все-таки есть у меня?” Она шутит, играет с нами, будучи не критичной, благодаря своей сравнительной сохранности. Я бы не называл это дурашливостью. Дурашливость — при гебефренической шизофрении во всей своей классической яркости. Дурашливость исключает тонкость, а пациентка

обнаруживает эту тонкость. Ее заслушиваешься, она нравится тебе этой тонкостью. Мы с ней шутим, играем. А с дурашливой не поиграешь, там все грубо. Как ведет себя дурашливый больной? Я извиняюсь, он, например, мочится вокруг себя, на консультантов и слушателей. Может быть, это слишком сильный, карикатурный, образ, но в таком духе это происходит. Все-таки отчетливо видна эта застывшая монотонность хорошего настроения. Фридрих Мауц, ученик Эрнста Кречмера выпустил в 1925 году классическую книгу, к сожалению, непереведенную, “Прогностика эндогенных психозов”. Он там показал на большом материале, отправляясь от учения Кречмера, что на почве гетерономной шизофрении протекает доброкачественнее, чем на почве гомономной. У людей астенического или лептосомного телосложения и прежде шизоидных в широком смысле шизофрении протекает более злокачественно. А если почва как будто бы для маниакально-депрессивного психоза, а на ней протекает шизофрения, то получается более или менее доброкачественное течение. Я всю свою психиатрическую жизнь это вижу. Как толстый, синтоноподобный шизофреник, так доброкачественнее протекает болезнь, нет настоящего опустошения, нет шизофренического слабоумия, падения, своеобразного, конечно, но все-таки падения. Здесь нет этого. Я думаю, что в таком субпсихотическом состоянии она может находиться долго. Может быть, годы. Хотя она и здорово мешает в отделении, я понимаю. Но если бы это была полная, острая мания, если бы это был остро психотический регистр, она бы тут нам задала, и отделению то же. Конечно, она в наше время обречена на стандартное лечение антидепрессантами и нейролептиками, но если ее настроение будет ухудшаться, что тоже возможно, если по временам она станет грустить, депрессивничать, то тогда здесь может серьезно помочь и психотерапевтическое вмешательство особого рода, но я уже на этом не останавливаюсь.

Ведущий. Подведем итоги. Во-первых, поблагодарим Ирину Валерьевну за хорошую историю болезни, за разбор. Наконец-то у нас на семинарах молодые доктора начали представлять хорошие клинические истории болезни. Это очень полезно, и всем нам, потому что мы не гадаем с анамнезом и статусом, и самим докторам — докладчикам, потому что это организует клиническое мышление. Когда врач пишет статус вдумчиво, сопрягая его с анамнезом, он вынужден использовать синдромологию, динамику синдромов, а в конечном итоге нозологию. Это быстро повышает профессиональный уровень врача. Нужно стараться демонстрировать именно клинические истории болезни. Конечно, это не просто, требует много времени, которого в практической работе, а не в ординатуре или аспирантуре не очень — то хватает. И все же это очень полезно. Конкретный пример. Перед вами история болезни с обширными анамнезом и статусом, из которых мало что понятно. Не просматрива-

ется их внутренней связи. Анамнез переполнен отвлеченными описаниями, психологическими трактовками психотических переживаний больного. Чувствуется, что врач, описывая больного, не придерживается клинической канвы, не знает алгоритма трансформации этапов болезни, не видит в статусе основных симптомов. В конечном итоге он ставит диагноз интуитивно, опираясь на “слабые” признаки, такие как “склонен к резонерству”. В противоположность этому анамнез и статус могут быть достаточно короткими, но четкими. Видно, что врач быстро сориентировался в основных закономерностях развития болезни. Например, видя перед собой аффективно-бредовой статус, он не допытывался, были ли у больного раньше расстройства настроения, а, зная стереотипы развития болезни, задал вопрос: “Когда у Вас они возникли”. Видя четкую связь аффекта и бреда, он не будет ставить параноидную шизофрению, как это часто бывает.

Что сказать по поводу этой больной? Очередной раз меня огорчает то, что МКБ-10 выхолащивает наши отечественные устоявшиеся клинические представления о течении эндогенных болезней.

А. В. Павличенко. Разве мы должны остановиться на уровне прежних представлений и не идти дальше?

Ведущий. МКБ-10 устраняет хорошо изученные московской школой связи между статусом и течением болезни, что дает возможность прогноза. Опираясь на МКБ, не требуется заботиться о закономерностях смены синдромов — просто надо найти в большом перечне что-нибудь подходящее и поставить диагноз. В принципе любой врач, даже не психиатр, даже не врач, а психолог, используя МКБ, может это сделать. Я бы сказал, что исчезает интерес к анализу статуса и течения болезни, не требуется никаких дискуссий, споров, так украшающих нашу специальность. Да, конечно, с сугубо практической точки зрения, наверное, можно пренебречь нозологией, поскольку все наше современное лечение, как известно, воздействует только на проявление, а не на сущность заболевания. И все же...

Чем определяется статус больной? Марк Евгеньевич разобрал его очень тонко, отметив не только аффективные расстройства, но и их флер монотонности. Можно, конечно, считать, что он вызван нейролепсией, но все же это вряд ли. Рискну предположить, что, несмотря на приличные ремиссии, у нашей больной уже давно сформировался эмоциональный дефект. Слишком большой удельный вес психопатоподобного поведения в фазах, да и раннее начало процесса с немотивированной злобной агрессией к близким. Возможность хорошей адаптации в ремиссиях — это за счет ее неплохого интеллекта и небольших требований социума. Мог ли “нерастворимый осадок” появиться и во время острого психоза? Вполне возможно. В клинической картине были расстройства, выходящие за рамки доброкачественного аф-

фективно-бредового синдрома. Начнем с того, что аффект был смешанный, чего раньше у нее не наблюдалось. Отсюда не только экстатическое оформление бреда, но и пугающий ее фантастический бред, перешедший в острый, диффузный персекуторный. В острых состояниях смешанный аффект обычно дает элементы антагонистического бреда, что и было у больной. С одной стороны множество людей ее одобряли, намекали на ее большое будущее (бред благожелательного отношения, протекции), оберегали ее от врагов, а с другой стороны — преследовали “машины ФСБ”, травили газом. Галлюцинации. Немного фантастических зрительных галлюцинаций, что бывает в острейших состояниях, а в основном масса вычурных псевдогаллюцинаций, в том числе висцеральных, и сенестопатий с нелепой бредовой трактовкой. Обонятельные галлюцинации, что всегда плохо для прогноза. Был ли онейроид? Не уверен. Видения были только с открытыми глазами, не было сновидного помрачения сознания. Зато было оцепенение с невозможностью пошевелиться, т.е. кататоническое расстройство. Стержень бредовых расстройств — любовный бред. Плохо то, что он вытек из сверхценных образований. Поэтому я согласен с Алексеем Викторовичем в том, что у нее не появится полная критика к этому. Мне очень понравилось его тонкое замечание о том, что ее явные истерические черты (они с детства наблюдались) не дадут большой расстаться с такими “ценными” переживаниями. Это наблюдение весьма интересно в плане роли характерологических черт при формировании критики к болезни. Так что, были у больной расстройства, за счет которых могла сформироваться процессуальная негативная симптоматика, симптоматика дефекта.

Какой диагноз можно поставить? Для меня это приступообразно — прогрессивная, шубообразная шизофрения. Учитывая большое преобладание в болезни аффективных фаз, ее можно отнести к группе шизоаффективных психозов. Я согласен с Марком Евгеньевичем в том, что шуб -это сдвиг и его лучше бы было ставить тогда, когда после острого состояния возникает дефект. Но у Снежневского так повелось, что понятие шуб стало равноценно приступу. И шуб и приступ — всегда наполнены аффективными и аффективно-бредовыми расстройствами. После них предполагалась глубокая ремиссия или интермиссия. Если же в картине шуба — приступа обнаруживались такие расстройства, как у нашей больной, то это уже было шубообразно. А если после него или до него у больного были дефицитарные или непроходящие гал-

люцинаторные и бредовые расстройства, то говорили о приступообразно-прогрессивном течении. Все это вытекло из периодической шизофрении, куда относили депрессивно-параноидную, маниакально-бредовую, циркулярную, онейроидную кататонию и иногда фебрильную. Но оказалось, что встретить после очередной атаки болезни глубокую ремиссию или интермиссию можно было редко. Если после приступов каждый раз нарастала негативная и продуктивная симптоматика, то стали говорить о приступообразно-прогрессивном течении. Так пышно и расцвели шубообразная (приступообразная) и приступообразно-прогрессивная формы. Потом сюда подтянулась и параноидная, которая раньше всегда должна была быть непрерывной. Оказалось, что классической — непрерывной параноидной в популяции всего около 14 %, а приступообразная картина при ней наблюдается гораздо чаще. Так и появилась приступообразно-прогрессивная параноидная форма. При этом часто путают приступ и обострение параноидной шизофрении, потому что и там, и там имеется измененный аффект и острая симптоматика. При обострении — аффект страха и тревоги, а продуктивная симптоматика, вновь появляясь или обостряясь, расширяет общую галлюцинаторно-бредовую структуру. Похожая же на приступ аффективно-бредовая симптоматика при параноидной шизофрении может потом редуцироваться.

Как лечить больную? Известно, что все аффективные фазы заканчиваются или переходят в противоположные. Если у больной будет депрессия, то экспансивный бред уйдет сам собой. А вот не появится ли депрессивный? Пока остается гипоманиакальный аффект. Я считаю, что клопиксол следует продолжать, т.к. он неплохо справляется с маниакально-бредовыми состояниями. Однако основной акцент надо делать на тимостатики. Лучше всего карбонат лития. Если нет противопоказаний, то это надежнее всего. Тем более что здесь явно преобладают мании. Надо постоянно проверять содержание лития в крови, так чтобы оно не опускалось ниже 0,6 – 0,7 мг/л. Продолжительность лечения — годы. Можно давать и депакин, его любят в Америке. К карбамазепину (финлепсину) у меня настороженное отношение. Во-первых, он часто дает избыточный седативный эффект. Во-вторых, трудно определить необходимую дозу. А главное, нельзя забывать, что на годы мы назначаем многопрофильный препарат (анестетик, антиконвульсант и антиаритмический).

Опека над недееспособными: законодательные новеллы

Часть 2

Ю. Н. Аргунова

Напомним нашим читателям, что с 1 сентября с.г. вступил в силу *Федеральный закон от 24 апреля 2008 г. № 48-ФЗ “Об опеке и попечительстве”* (далее-Закон). Он применяется к правоотношениям, возникшим после дня вступления его в силу¹.

Закон определяет полномочия органов опеки и попечительства, правовой статус опекунов², правовой режим имущества подопечных, ответственность опекунов и органов опеки, основания и последствия прекращения опеки.

Многие предусмотренные в нем новые нормы (новеллы), вопреки заверению авторов Закона, являются не вполне четкими и обоснованными, что потребует большой осмотрительности в их применении.

1. Правовой режим имущества недееспособных подопечных

1.1. Закон (ст. 18) обязывает опекуна в трехдневный срок с момента возникновения его прав и обязанностей принять по описи имущество подопечного от лиц, осуществлявших его хранение. Опись имущества составляется органом опеки в присутствии опекуна, представителей ТСЖ, жилищного или иного кооператива, управляющей организации либо органов внутренних дел.

Закон не предусматривает обязательного присутствия самого недееспособного при составлении описи имущества, собственником которого он является, и даже не допускает такой возможности³, указывая

¹ К правоотношениям, возникшим до дня вступления Закона в силу, он применяется в отношении прав и обязанностей, которые возникли после дня вступления его в силу.

² Эти вопросы были рассмотрены в предыдущем выпуске журнала.

³ Для сравнения: опись имущества несовершеннолетнего подопечного, достигшего возраста 14 лет, как указано в Законе, составляется в его присутствии по его желанию. Однако очевидно, что имущество недееспособного, которым чаще всего признается взрослый человек, — категория более зримая, чем имущество несовершеннолетнего. Кроме того, если учесть, что недееспособным по практике Верховного Суда РФ может быть признан также и несовершеннолетний в возрасте от 14 до 18 лет, то становится вдвойне нелогичным правило, по которому несовершеннолетний недееспособный может присутствовать при составлении описи его имущества, а взрослый — нет.

лишь, что при составлении описи могут присутствовать “иные” заинтересованные лица. Закон не обязывает извещать подопечного о составлении описи, знакомить его с нею. Недееспособный, следовательно, лишен возможности проконтролировать правильность и полноту ее составления: все ли имущество было описано, верно ли определены его состояние и стоимость, правильно ли выделена доля подопечного и т.д. Психическое состояние многих граждан, признанных недееспособными, не исключает, на наш взгляд, возможности их участия в указанных процедурах.

В Законе не регламентированы случаи, когда имущество подопечного находится не у кого-либо на хранении, а непосредственно у самого доселе дееспособного лица. С учетом того, что опекуном такого лица становится, как правило, член его семьи, проживающий с подопечным в одной квартире и ведущий с ним общее хозяйство, порядок решения вопроса о статусе и принадлежности того или иного (часто совместно нажитого) имущества приобретает для недееспособного особую важность.

1.2. Закон возлагает на опекуна обязанность заботиться о переданном ему имуществе недееспособного, не допускать уменьшения его стоимости и способствовать извлечению из него доходов. При этом указывается, что заботиться об этом имуществе опекун обязан “как о своем собственном”. Подобный, с позволения сказать, критерий, по нашему мнению, не должен использоваться в современном правовом акте. Опекун, как и любой гражданин, может не проявлять надлежащей заботы о своем собственном имуществе, в отличие от чужого вверенного ему имущества.

1.3. Закон устанавливает в отношении опекунов ряд ограничений и запретов по распоряжению имуществом недееспособных.

Так, опекуну предоставлено право вносить денежные средства подопечного только в кредитные организации, не менее половины акций (долей) которых принадлежит Российской Федерации. Имущество подопечного не подлежит передаче в заем, за исключением случаев, если возврат займа обеспечен ипотекой (залогом недвижимости).

Некоторые другие запреты в отношении действий опекунов сформулированы двойственно и потому весьма опасно для подопечных.

1.3.1. Согласно Закону опекун не вправе заключать кредитный договор и договор займа от имени подопечного, выступающего заемщиком, за исключением случаев, если получение займа требуется в целях содержания подопечного или обеспечения его жилым помещением. В этой норме далее говорится, что кредитный договор, договор займа в указанных случаях заключаются с предварительного разрешения органа опеки.

Нетрудно заметить в этой норме внутренние противоречия.

Во-первых, опекун, с одной стороны, не вправе заключать договоры обоих видов (и кредита и займа), а, с другой стороны, — все же может заключить договор одного из видов (договор займа)⁴, если убедит орган опеки в том, что целью его действий является “содержание подопечного”. Столь широкая и расплывчатая формулировка цели получения займа по-существу сводит на нет первоначальный запрет на заключение договора указанного вида и создает лазейку для недобросовестного опекуна.

Во-вторых, с одной стороны, исключение из правила предусмотрено для получения в указанных целях лишь займа, но не кредита. Получение кредита, как указано в начале нормы, вообще не допускается. С другой стороны, как обнаруживается в конце нормы, орган опеки вправе дать разрешение на заключение как договора займа, так и договора кредита. А это означает, что опекун в нарушение общего правила может такой кредит получить. На практике получение кредита от имени недееспособного может повлечь самые пагубные для него самого и его имущества последствия по причине, например, невозможности своевременного погашения такого кредита.

1.3.2. В Законе предусматривается, что опекун не вправе заключать договор о передаче имущества подопечного в пользование на срок, превышающий 5 лет.

Однако согласно этой же норме заключение такого договора все же допускается “при наличии обстоятельств, свидетельствующих об особой выгоде такого договора” и получении разрешения органа опеки. При этом в Законе не указывается для кого должно быть “особо выгодным” такое лишение недееспособного возможности пользования своим имуществом (например, дачей), да еще на столь длительный срок: для самого недееспособного или может быть его опекуна, органа опеки (?). Никакого личного участия (согласия) недееспособного собственника имущества в решении данного вопроса Закон не требует. Недееспособный может пожизненно (с учетом его возраста)

⁴ В этой связи в Законе целесообразно было бы предусмотреть целевой заем (ст. 814 ГК РФ).

лишиться возможности пользоваться своим имуществом, ибо предельный срок передачи имущества не установлен (от 5 лет).

Выгода непосредственно для подопечного является условием лишь для отчуждения его недвижимого имущества по договору аренды или мены.

1.3.3. В соответствии со ст. 20 Закона недвижимое имущество подопечного не подлежит отчуждению, за исключением ряда случаев. Одним из них является отчуждение жилого дома, квартиры, части жилого дома или квартиры, принадлежащих подопечному, при перемене места жительства подопечного (п. 4).

На первый взгляд, данная норма сомнений в своей обоснованности не вызывает. Действительно, опекун может в принципе подобрать более подходящий вариант проживания для своего подопечного.

Опасения, однако, возникают в связи с неопределенностью и категоричностью данной нормы.

Во-первых, не ясны причины, по которым недееспособный покидает свой дом, квартиру, а также правовые основания этого.

“Перемена места жительства” — весьма неопределенная категория, она может носить как постоянный, так и временный характер; быть вызвана разными причинами (переездом к родственникам (опекуну) для обеспечения недееспособного уходом; потребностью в средствах от реализации недвижимости для оплаты дорогостоящего лечения, операции, необходимых подопечному; помещением его в ПНИ); иметь различные правовые основания — договор купли-продажи, мены и др.

Однако переезд недееспособного на новое место жительства по договору мены либо в целях оплаты дорогостоящего лечения данной нормой не охватываются, т.к. отчуждения недвижимого имущества недееспособного по этим основаниям являются самостоятельными исключениями (пунктами 3 и 5) из общего правила ст. 20 о запрещении отчуждения недвижимого имущества подопечного. Следовательно, перемена места жительства недееспособного в контексте п. 4 ст. 20 Закона должна быть вызвана какими-то иными неизвестными причинами. Такая неопределенность может спровоцировать злоупотребления в отношении подопечных.

Во-вторых, не ясно почему перемена места жительства недееспособного должна непременно влечь отчуждение его прежнего жилого помещения. Статья 20 сконструирована таким образом, что не просто допускает (в определенных случаях), а по-существу прямо предусматривает отчуждение жилья подопечного при перемене его места жительства.

1.3.4. Как следует из ст. 21 Закона, на совершение опекуном сделок с имуществом подопечного, в т.ч. по его отчуждению (включая дарение), требуется предварительное разрешение органа опеки.

Из этого правила можно сделать однозначный вывод, что опекун при получении разрешения вправе заключать договор дарения, что вступает в явное противоречие со ст. 575 ГК РФ, вообще не допускающей дарение от имени недееспособного его опекуном, за исключением обычных подарков, стоимость которых не превышает 5 минимальных размеров оплаты труда.

Эта коллизия норм, имеющая место и в самом ГК РФ (см. ст. 575 и 37 ГК РФ), является лазейкой для нарушений прав недееспособного.

1.3.5. Орган опеки по заявлению опекуна должен предоставить ему в письменной форме разрешение на совершение сделки с имуществом недееспособного либо отказ в выдаче такого разрешения.

Вызывает недоумение, однако, тот факт, что согласно ст. 21 Закона мотивировать свое решение орган опеки должен лишь в случае отказа в выдаче такого разрешения. Следуя букве Закона можно констатировать, что разрешение на заключение сделки никакой мотивировки не требует. Это типичное недомыслие российского законодателя, когда дозволение, т.е. положительное решение того или иного вопроса (в отличие от отказа) никакого обоснования не предполагает. О серьезности проблемы говорит, хотя и не вполне корректное, название ст. 21: “Предварительное разрешение органа опеки и попечительства, затрагивающее (!? — Ю. А.) осуществление имущественных прав подопечного”.

Примечательно в этой связи, что в ст. 19 Закона органам опеки предписано давать опекунам помимо разрешений (кстати, об отказах в выдаче разрешений в ст. 19 забыто) также и обязательные для исполнения *указания* в письменной форме в отношении распоряжения имуществом подопечных. Это нововведение, однако, дальнейшего развития в Законе не получило. Специальная норма, предусматривающая основания и порядок выдачи таких указаний (в отличие от разрешений) отсутствует.

1.3.6. В Законе необоснованно ограничены возможности защиты прав недееспособных.

Согласно ч. 3 ст. 21 Закона предварительное разрешение, выданное органом опеки, или отказ в его выдаче могут быть оспорены в судебном порядке опекуном, иными заинтересованными лицами, а также прокурором.

Сам недееспособный, как известно, не вправе подавать какие-либо заявления в суд, в т.ч. жалобы на действия (бездействие) органа опеки, хотя и является основным заинтересованным лицом. Зато судья по формулировке Закон причисляет опекуна к заинтересованным лицам. В чем его “интерес” в сделке по отчуждению имущества подопечного можно только догадываться...

Понятно, что “иные” заинтересованные лица, права которых могут быть затронуты отчуждением имущества недееспособного, при оспаривании в суде раз-

решения органа опеки будут прежде всего блюсти свои интересы, нежели интересы недееспособного.

Прокурор наделен правом подачи заявления в суд в защиту законных интересов недееспособных (ст. 45 ГПК РФ). Однако рассматривать обращения недееспособных, пытающихся защитить свои интересы, Генеральная прокуратура РФ отказывается⁵.

В такой ситуации недееспособный, лишающийся своего имущества, мог бы прибегнуть к помощи правозащитных организаций, которые в соответствии со ст. 46 ГПК РФ вправе обратиться в суд с заявлением в защиту прав, свобод и законных интересов других лиц по их просьбе. Причем заявление в защиту законных интересов недееспособного может быть подано независимо от просьбы лица или его законного представителя. Однако проблема состоит в том, что согласно упомянутой ст. 46 ГПК РФ такие организации вправе осуществить указанные действия лишь в “случаях, предусмотренных законом”. То есть для реализации ст. 46 ГПК РФ применительно к тем или иным правоотношениям указание на правомочия организаций по оспариванию чьих-либо решений должно содержаться в отраслевом законе.

Например, организации, которым законом или их уставом предоставлено право защиты прав граждан, включены статьей 47 Закона о психиатрической помощи в круг субъектов, которые вправе подать жалобу на действия медицинских работников, работников социального обеспечения и образования, врачебных комиссий, ущемляющих права и законные интересы граждан при оказании им психиатрической помощи.

Аналогичное правило в ФЗ “Об опеке и попечительстве” не предусмотрено. В перечень лиц, указанных в ч. 3 ст. 21 Закона, организации и другие субъекты, которым в соответствии со ст. 46 ГПК РФ предоставлено право защиты прав и интересов недееспособных, не включены. Сознательная ли это позиция авторов Закона или же это очередное недомыслие сказать трудно. Видимо и то и другое.

1.4. Закон содержит вопиющую юридическую ошибку, способную повлечь серьезные нарушения прав недееспособных.

Согласно ч. 4 ст. 21 Закона при обнаружении факта заключения договора от имени подопечного без предварительного разрешения органа опеки последний обязан обратиться от имени подопечного в суд с требованием *о расторжении* такого *договора*. При его расторжении имущество, принадлежавшее подопечному подлежит возврату. Это же правило предусматривается для случаев обнаружения факта отчуждения жилого помещения подопечного в обход органов опеки (ч. 3 ст. 20).

⁵ См.: Обращение НПА России к Генеральному прокурору РФ в рубрике “Психиатрия и право” настоящего выпуска НПЖ.

Каждому юристу, однако, должно быть хорошо известно, что расторжение договора не предполагает переход права собственности к первоначальному собственнику, а означает прекращение действия договора на будущее время.

Для того, чтобы имущество недееспособного было действительно ему возвращено, орган опеки, обращаясь в суд, обязан потребовать не расторжения договора, а *признания сделки ничтожной с применением последствий недействительности ничтожной сделки* (ст. 167, 168 ГК РФ). Ничтожными являются сделки, не соответствующие требованиям закона. В данном случае отсутствие предварительного разрешения органа опеки нарушает требования ГК РФ и ФЗ “Об опеки и попечительстве”.

2. Надзор за деятельностью опекунов

Закон не выделяет надзор за деятельностью опекунов в самостоятельную главу, а помещает его в главу об ответственности (!) опекунов и органов опеки⁶, что крайне неудачно с юридико-технической точки зрения и, в то же время, симптоматично.

2.1. Статья 24 обязывает органы опеки осуществлять проверку условий жизни подопечных, соблюдения опекунами прав и законных интересов подопечных, обеспечения сохранности их имущества, а также выполнения опекунами обязательных требований органов опеки, дополнительно включенных в акт о назначении опекуна либо договор об осуществлении опеки.

Порядок и сроки исполнения указанных обязанностей в Законе не регламентированы. Они должны быть определены постановлением Правительства РФ.

2.2. Опекун ежегодно не позднее 1 февраля (если иной срок не установлен договором об осуществлении опеки) обязан представлять в орган опеки *отчет* в письменной форме за предыдущий год о хранении, использовании и управлении имуществом подопечного с приложением платежных документов. Отчет должен содержать сведения о состоянии имущества и месте его хранения, приобретении имущества взамен отчужденного, доходах, полученных от управления имуществом подопечного, и расходах, произведенных за счет имущества подопечного с указанием дат получения сумм со счета подопечного и произведенных за счет этих сумм затрат для нужд подопечного.

Отчет утверждается руководителем органа опеки, после чего орган опеки исключает из описи имущества подопечного пришедшие в негодность вещи и вносит в опись соответствующие изменения. Отчет опекуна хранится в личном деле подопечного. Правила

⁶ Нормы, касающиеся собственно ответственности опекунов и органов опеки, носят исключительно отсылочный характер к гражданскому, административному и уголовному законодательству, а потому как не содержащие новелл интереса для рассмотрения в рамках данной статьи не представляют.

его ведения, а также форма отчета опекуна также устанавливаются Правительством РФ.

Отчет опекуна, как следует из Закона, касается сугубо финансовой составляющей его деятельности. По нашему мнению, в интересах недееспособного в отчете опекуна необходимо предусмотреть также и позиции, отражающие выполнение опекуном функций немущественного характера, в частности по обеспечению недееспособного своевременным лечением, по приобщению его к трудовой деятельности с учетом особенностей его личности и др. Имеет смысл включить в отчет пункт, в котором отражалось бы мнение опекуна о наличии/отсутствии оснований для признания подопечного дееспособным, что вытекает из соответствующей обязанности опекуна.

2.3. При обнаружении ненадлежащего исполнения опекуном обязанностей по охране (управлению) имущества подопечного (порча, ненадлежащее хранение, расходование имущества не по назначению, совершение действий, повлекших за собой уменьшение стоимости имущества подопечного, и др.) орган опеки обязан составить об этом *акт* и предъявить требование к опекуну о возмещении убытков, причиненных подопечному (ч. 3 ст. 26 Закона).

2.4. Важным нововведением является требование Закона к лицам, которым стало известно об угрозе жизни или здоровью гражданина, находящегося под опекой, о нарушении его прав и законных интересов. Эти лица обязаны сообщить об этом в орган опеки по месту фактического нахождения подопечного или прокурору.

При получении указанных сведений орган опеки обязан принять необходимые меры по защите прав и законных интересов подопечного и в письменной форме уведомить об этом заявителя (ч. 4 ст. 24 Закона).

Данная норма позволит любым как физическим, так и юридическим лицам, в т.ч. правозащитным общественным объединениям, оперативно реагировать на многочисленные случаи нарушений прав недееспособных.

2.5. Единственным *правом*, которым Закон наделяет самого *подопечного*, является право обжаловать действия или бездействие опекуна в орган опеки (ч. 3 ст. 24 Закона).

Однако при этом никаких соответствующих этому праву обязанностей со стороны органов опеки не прописано... Если при получении сведений от указанных выше лиц о нарушении прав подопечных (ч. 4 ст. 24) органу опеки предписывается “принять меры” и “уведомить заявителя”, то получение аналогичных сведений из обращения непосредственно самого недееспособного гражданина (ч. 3 ст. 24) орган опеки ни к чему не обязывает: ни к проведению проверки деятельности опекуна, ни к ответу такому заявителю. В этой норме не указываются порядок и сроки обжалования действий (бездействия) опекуна, порядок и сро-

ки рассмотрения жалобы подопечного органом опеки, вид принимаемого по делу документа (решения), требование о его мотивированности, порядок его направления (вручения) заявителю и возможно опекуну, чьи действия обжаловались. Традиционные отсылки к другим законодательным актам или еще не принятым постановлениям Правительства РФ здесь также отсутствуют.

Таким образом, Закон ставит недееспособного в заведомо проигрышное положение. Право гражданину дано, а вот механизм его реализации намеренно либо по все тому же недомыслию не предусмотрен.

3. Прекращение опеки

3.1. Закон называет 4 случая, при которых опека прекращается (ст. 29):

- 1) в случае смерти опекуна либо подопечного;
- 2) по истечении срока действия акта о назначении опекуна;
- 3) при освобождении либо отстранении опекуна от исполнения своих обязанностей;
- 4) в случаях, предусмотренных ст. 40 ГК РФ (вынесение судом решения о признании подопечного дееспособным).

Такая классификация представляется не вполне корректной. При наступлении смерти подопечного или в случае восстановления его дееспособности опека действительно прекращается. Однако в иных ситуациях (смерти опекуна, при истечении срока действия акта о его назначении, при освобождении либо отстранении опекуна от исполнения обязанностей) опека прекратиться не может, т.к. лицо продолжает оставаться недееспособным, а потому нуждающимся в опеке. Недаром ГК РФ основанием для прекращения опеки считает лишь признание подопечного дееспособным (ст. 40), а освобождение и отстранение опекуна (ст. 39) таковыми основаниями не считает.

По нашему мнению, прекращение прав и обязанностей конкретного опекуна не может и не должно прекращать опеку. Вопрос может стоять о продлении или переоформлении акта о назначении опекуна, если истек срок его действия, либо о замене опекуна (назначение нового опекуна или заключение с ним договора), либо о временном исполнении опекунских обязанностей органом опеки пока опекун не будет назначен. В противном случае недееспособный окажется в явно уязвимом положении, когда прежнего опекуна у него уже нет, а нового еще нет. Если следовать логике Закона, и опека в отношении недееспособного, лишившегося опекуна, в самом деле прекращается, то получается, что вслед за потерей опекуна недееспособный утрачивает статус подопечного, а значит выпадает на время из сферы действия ФЗ “Об опеки и попечительства”, оказываясь “вне закона”. Кто же будет в этот промежуток времени заботиться о нем, как не орган опеки?

Неудачная формулировка ст. 29 Закона позволяет органу опеки самоустраниться от исполнения своих прямых обязанностей.

3.2. Закон внес изменения в основания для освобождения, а также отстранения опекуна от исполнения им своих обязанностей.

3.2.1. Освобождение опекуна от обязанностей.

Если в соответствии с ранее действовавшей редакцией п. 2 ст. 39 ГК РФ опекун мог быть освобожден от исполнения обязанностей по его просьбе лишь при наличии уважительных причин (болезнь, изменение имущественного положения, отсутствие взаимопонимания с подопечным и т.п.), то теперь по правилам ч. 3 ст. 29 Закона и п. 2 ст. 39 ГК РФ в новой редакции наличия таких причин не требуется.

Кроме того основанием для освобождения опекуна от обязанностей (в т.ч. временно) может также служить возникновение противоречий между интересами подопечного и интересами опекуна.

Имея по-видимому стойкое намерение недопустить недееспособных к участию в решении жизненно важных для них вопросов, авторы Закона не предусмотрели возможность освобождения опекуна от его обязанностей по просьбе самого подопечного.

Желание подопечного (разумеется в тех случаях, когда это возможно) должно не только учитываться при назначении опекуна, как того требует п. 3 ст. 35 ГК РФ, но и влиять на возможность продолжения исполнения опекуном своих обязанностей.

3.2.2. Отстранение опекуна от обязанностей.

Закон допускает отстранение опекуна от обязанностей в случае:

- 1) ненадлежащего исполнения возложенных на него обязанностей;
- 2) нарушения прав и законных интересов подопечного, в т.ч. при осуществлении опеки в корыстных целях либо при оставлении подопечного без надзора и необходимой помощи;
- 3) выявления органом опеки фактов существенного нарушения опекуном установленных федеральным законом или договором правил охраны имущества подопечного и (или) распоряжения его имуществом.

Четким такое подразделение назвать нельзя. Очевиден факт того, что первый случай не имеет принципиальных отличий от двух других и в значительной мере их охватывает. Так, оставление подопечного без надзора (п. 2) или нарушение правил распоряжения его имуществом (п. 3) являются проявлениями ненадлежащего исполнения опекунских обязанностей (п. 1). Об этом же свидетельствует и формулировка п. 3 ст. 49 ГК РФ, оставшаяся после принятия Закона без изменения.

Излишне оценочным, т.е. целиком зависящим от усмотрения органа опеки, представляется третье основание для отстранения опекуна — существенность нарушения им правил охраны или распоряжения имуществом подопечного.

3.3. Закон обязывает орган опеки при обнаружении в действиях опекуна оснований для привлечения его к административной, уголовной или иной ответственности принять соответствующие меры в установленных ст. 30 Закона сроки для привлечения его к ответственности.

* * *

Подводя итоги рассмотрения нового Федерального закона “Об опеки и попечительстве”, следует с сожалением констатировать его несовершенство по большинству позиций, а также установление своего рода табу на упоминание о правах, которые могут осуществлять сами недееспособные граждане.

Недееспособность, по нашему мнению, относится к одному из наименее развитых институтов гражданского права, одному из “белых пятен”, или, скорее, “черных дыр” российского законодательства.

В целях предотвратить тот или иной неверный шаг со стороны лица с психическим расстройством путем признания его недееспособным, суд, руководствуясь законодательством и “благими намерениями” (а также испытывая некоторое предубеждение против психически больных), одним махом лишает гражданина возможности лично реализовывать сразу все принадлежащие ему права, а многих прав лишает вовсе (избирательного права, права вступать в брак и др.). Воз царяется своего рода презумпция того, что данное лицо не понимает и не может в принципе понимать ничего, что происходит вокруг него. В одночасье лицо, якобы, полностью перестает себя контролировать причем сразу во всем. Зарубежным законодательством, в отличие от российского, недееспособным лицо признается лишь в части, т.е. в какой-либо определенной сфере правоотношений.

Такой надежный способ тотального лишения человека прав получил широкое распространение. За 10 лет (с 1994 по 2004 г.) число судебно-психиатрических экспертиз по делам о признании лица недееспособным в целом по России выросло в 3,4 раза. Более чем в 90 % случаев эксперты выносят заключение о неспособности гражданина понимать значение своих действий и руководить ими, и суд с ним соглашается.

Ни в новом ФЗ “Об опеке и попечительстве”, ни в обновленной редакции ряда статей ГК РФ вопрос о

правах, которые граждане, лишенные дееспособности, могут осуществлять самостоятельно, не получил закрепления.

Единственное и при этом косвенное упоминание о правах подопечного (а значит и недееспособного) на осуществление самостоятельных действий содержит ст. 37 ГК РФ. В ней указывается, что доходы подопечного расходуются его опекуном, за исключением *доходов, которыми подопечный вправе распоряжаться самостоятельно*. Однако где именно записано это право подопечного и о каких доходах идет речь ГК РФ умалчивает.

Как и прежде, ГК РФ предусматривает специальные нормы (ст. 26 и 28), содержащие перечни прав (действий), которые могут *самостоятельно (!)* без согласия законных представителей осуществлять малолетние (т.е. фактически также не обладающие дееспособностью граждане) и несовершеннолетние в возрасте от 14 до 18 лет (не полностью дееспособные граждане).

Даже разработка нового Федерального закона не подтолкнула его авторов к мысли о необходимости введения в ГК РФ аналогичной статьи в отношении недееспособных. Неопределенность в этом вопросе развязывает руки и опекунам и органам опеки.

Отношение к недееспособным в новом Законе можно охарактеризовать как отношение к неодушевленным предметам, которым можно, например, “перемени” место жительства (ст. 20) и т.п.

Помимо содержательных, концептуальных проблем возникают и организационно-правовые. 1 сентября прошло. Закон вступил в силу. Однако до настоящего времени в его развитие не принято ни одного из 7 требуемых постановлений Правительства РФ. Механизмом реализации Закон, таким образом, не обеспечен.

Да и будет ли обеспечен? Достаточно вспомнить, что постановление Правительства РФ о независимой военно-врачебной экспертизе, например, принято спустя 16 лет (!) с момента введения этого института Основами законодательства РФ об охране здоровья граждан, а постановление Правительства РФ о создании службы защиты прав пациентов во исполнение Закона о психиатрической помощи не принято и по сей день...

Обращение НПА России к Генеральному прокурору РФ*

Генеральному прокурору Российской Федерации
действительному государственному советнику юстиции
Ю. Я. ЧАЙКЕ

Глубокоуважаемый Юрий Яковлевич!

Вашим приказом от 17 декабря 2007 г. № 200 утверждена **Инструкция о порядке рассмотрения обращений и приема граждан в системе прокуратуры Российской Федерации**.

В соответствии с п. 2.13 Инструкции *“без разрешения может быть оставлено обращение, если по содержанию оно лишено смысла или в материалах проверки имеется решение суда о признании заявителя недееспособным в связи с наличием у него психического заболевания”*. Союз “или” позволяет трактовать эту норму таким образом, что обращения недееспособных могут быть оставлены без разрешения в любом случае, даже если они не лишены смысла, т.е. вполне ясны, конкретны и логичны.

Обращаем Ваше внимание на то обстоятельство, что данная норма:

1) не соответствует статьям 19 и 33 Конституции РФ и требованиям Федерального закона “О порядке рассмотрения обращений граждан Российской Федерации”, т.к. вводит не предусмотренное законодательством ограничение для недееспособных граждан в возможности защиты их прав, свобод и законных интересов: указанные лица согласно Инструкции лишены права самим обращаться в органы прокуратуры;

2) не совместима с задачами и функциями прокуратуры, предусмотренными Федеральным законом “О прокуратуре Российской Федерации”.

Во всех правовых системах прокуратура призвана быть инструментом защиты прав человека. В нашей стране прокуратура всегда позиционировала себя в качестве главного правозащитного органа государства.

Юрий Яковлевич, в своих выступлениях, в т.ч. в СМИ, Вы неоднократно указывали, что российская прокуратура является “государственным поверенным в делах законности”; что результаты работы прокуратуры должны особенно чувствовать на себе люди наименее защищенные. Это касается их прав в сфере здравоохранения, пенсионного обеспечения и т.д. Вы не раз подчеркивали, что “особое внимание прокуратура должна уделять группам населения, которые нуждаются в постоянной защите — старикам, инва-

лидам, нетрудоспособным..., которые зачастую даже не знают, что им делать в ситуациях, когда попираются их права. Адвокатов нанять себе они не в состоянии. И прокуратура в этом случае становится для них чуть ли не единственным шансом на восстановление справедливости” (“Российская газета”, 2008, 16 июля).

Граждане, страдающие психическими расстройствами, и особенно те, которые признаны недееспособными, образуют как раз одну из наиболее уязвимых категорий граждан не только вследствие наличия психического расстройства и лишения многих прав, но и ввиду не вполне внятного их правового статуса (в законодательстве не определяются границы “дозволенного” для недееспособного: что он может делать сам, а что только через опекуна).

Следует также учитывать, что признанными недееспособными оказываются отнюдь не только инвалиды по психическому заболеванию, но и граждане, вообще не страдающие психическими расстройствами, становящиеся жертвами своих меркантильных родственников, либо те, кто имеют психические расстройства, однако степень их выраженности не такова, что эти граждане не понимают значение своих действий или не могут ими руководить. Многие из них признаются недееспособными заочно — без участия в судебном заседании, т.е. не имея возможности воспользоваться своими процессуальными правами и значит в нарушение права на справедливое судебное разбирательство. Они узнают о решении суда уже после вступления его в законную силу, а потому теряют право оспорить судебное решение. В восстановлении пропущенного ими по уважительной причине срока для обжалования судебного решения им отказывают по причине статуса недееспособных. По воле опекунов такие граждане затем теряют жилье, семью и т.д.

НПА России располагает материалами о многочисленных случаях необоснованного направления в суд заявлений о признании граждан недееспособными с целью завладения их собственностью, отобрания детей, недопущения развода; необоснованных судебных решений, основанных на не исследованных должным образом в судебном заседании экспертных заключениях. В течение многих месяцев опекуны недееспособным не назначаются, либо без учета их мнения назначаются недобросовестные лица.

* Данное обращение в защиту прав недееспособных было передано Ю. Н. Аргуновой в Генеральную прокуратуру на личном приеме. Ответ на него будет опубликован в следующем выпуске журнала.

Множество опасных для недееспособных граждан новелл содержит Федеральный закон “Об опеке и попечительстве”, вступающий в силу с 1 сентября с.г. Это тем более делает необходимым снятие установленного Инструкцией Генеральной прокуратуры ограничения на рассмотрение обращений в прокуратуру для указанной категории граждан.

3) вступает в противоречие со ст. 45 ГПК РФ и п. 4 ст. 27 ФЗ “О прокуратуре Российской Федерации”.

На основании ч. 1 ст. 45 ГПК РФ прокурор вправе обратиться в суд с заявлением в защиту прав, свобод и законных интересов граждан. Такое заявление может быть подано прокурором, как известно, только в случае, если гражданин *по состоянию здоровья*, возрасту, *недееспособности* и другим уважительным причинам не может сам обратиться в суд.

При этом, как указано в ч. 2 ст. 45 ГПК РФ, в случае отказа прокурора от заявления, рассмотрение дела продолжается, если *это лицо* или его законный представитель не заявит об отказе от иска. Важно также, что ч. 1 ст. 46 ГПК РФ допускает подачу заявления в защиту интересов недееспособного независимо *от просьбы заинтересованного лица* или его законного представителя.

Из этого следует, что законодатель: во-первых, прямо вменяет в обязанность прокуратуре заботу о защите прав недееспособных, а, во-вторых, признает легитимными: а) личное (помимо опекуна) обращение недееспособного *в прокуратуру*, органы государственной власти, органы местного самоуправления, организации с просьбой о подаче ими в суд заявления в защиту его законных интересов либо б) заявление в суде об отказе от поданного прокурором иска в защиту его интересов.

Возникает, следовательно, вопрос: как же недееспособный сможет реализовать указанные выше права, если согласно п. 2.13 Инструкции Генеральной прокуратуры его обращение будет заведомо оставлено без разрешения?

4) не согласуется с положениями Европейской Конвенции о защите прав человека и основных свобод.

В своем интервью “Российской газете” по поводу 8-й конференции генеральных прокуроров стран Европы Вы отметили, что “работа прокуроров должна строго соответствовать требованиям положений Европейской Конвенции”. Итоговый документ конференции, по Вашим словам, подчеркнул все возрастающую необходимость защиты прав социально уязвимых групп населения в обществе и *решающую* роль прокуроров в этом вопросе.

Пункт 2.13 утвержденной Вами Инструкции не корреспондируется, однако, с положениями Европейской Конвенции:

а) со ст. 13 (право на эффективное средство правовой защиты), в соответствии с которой “каждый, чьи права и свободы, признанные в Конвенции, нарушены, имеет право на эффективное средство правовой защиты в государственной органе...”;

б) со ст. 14 (запрещение дискриминации), согласно которой “пользование правами и свободами, признанными в Конвенции, должно быть обеспечено без какой бы то ни было дискриминации по ... любым признакам;

в) со ст. 34 (индивидуальные жалобы), устанавливающей, что Европейский Суд по правам человека принимает жалобы от любого физического лица. При этом отсутствие дееспособности не сказывается на праве подачи жалобы. Жалобы таких граждан были рассмотрены Европейским Судом и сейчас находятся в производстве, в т.ч. из России.

Пункт 2.13 Инструкции Генеральной прокуратуры содержит и ряд иных погрешностей:

Во-первых, в нем отсутствует указание на то, что недееспособного заявителя (так же как это предусмотрено в отношении заявителя, текст обращения которого не поддается прочтению — п. 2.11, или содержит нецензурные выражения — п. 2.12) следует уведомить о принятом прокуратурой решении, т.е. об оставлении обращения без разрешения по причине лишь недееспособности заявителя со ссылкой на норму закона (если таковая отыщется), а также разъяснить заявителю о том, кто может направить обращение в прокуратуру в защиту его прав (см. абз. 5 п. 4.12 Инструкции). В этом случае заявитель будет иметь возможность обжалования такого ответа прокурора в соответствии с п. 1.5. той же Инструкции.

Во-вторых, в нем не уточнено, что решение суда о признании заявителя недееспособным должно быть (по смыслу этой нормы) вступившим в законную силу. Иначе оставление обращения такого гражданина без разрешения будет вдвойне незаконным.

В-третьих, в нем содержится не употребляемое ни в одной из отраслей законодательства понятие “психическое заболевание”. Следует использовать термин “психическое расстройство”.

В-четвертых, в нем недееспособность связывается с наличием лишь медицинского критерия, в то время как юридический критерий недееспособности упущен.

Своего рода “нелюбовь” к гражданам с психическими расстройствами и предвзятое к ним отношение, судя по ведомственной нормативной базе, является характерной чертой именно прокуратуры, отличающей ее от всех других правоохранительных и иных органов. Ни в одной другой аналогичной инструкции МВД, ФСБ, Минюста и других ведомств дискриминационных правил в отношении недееспособных не содержится.

По ранее действовавшим инструкциям Генеральной прокуратуры РФ о порядке рассмотрения обращений граждан (1998 и 2003 г.) об оставлении обращений без рассмотрения либо о прекращении переписки сообщалось всем заявителям, за исключением граждан с психическими заболеваниями, что нарушало ч. 3 ст. 5 Закона РФ “О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании”, не допускающую ограничения прав и свобод лиц, страдающих

психическими расстройствами, только на основании психиатрического диагноза.

Сложилась практика, когда граждане с проблемами психического здоровья, подвергшиеся злоупотреблениям в самых разных сферах общественной жизни и затем испытавшие дополнительные нарушения своих прав уже со стороны прокуратуры, где к ним отнеслись, как к пустому месту, обращаются за помощью в правозащитные организации, которые на примере нашей Ассоциации вынуждены создавать у себя на общественных началах юридическую службу для восстановления прав таких граждан. Опыт работы НПА России, а также проблемы взаимодействия с органами прокуратуры по вопросам защиты прав граждан с психическими расстройствами являются предметом обсуждения на проводимых нами семинарах для прокурорских работников.

В заключение необходимо констатировать парадоксальную ситуацию: в отличие от МВД, ФСБ, Минюста, МИДа, Рособнадзора и даже, например, Казначейства России, инструкции которых по вопросам рассмотрения обращений граждан публикуются в

“Российской газете” и, следовательно, доступны для ознакомления всеми желающими, только прокуратура, будучи “главным” правозащитным органом, не стремится привлечь внимание к своим правилам работы с обращениями граждан. Ныне действующая Инструкция, как и все предыдущие, в “Российской газете” не публиковалась. Лишь немногие граждане (в основном юристы) догадываются отыскать ее в журнале “Законность”.

На основании изложенного НПА России, являясь профессиональной правозащитной организацией, объединяющей психиатров, медицинских психологов, юристов и других специалистов, работающих в психиатрии, в соответствии со своими уставными целями считает долгом указать Вам на нарушение прав граждан пунктом 2.13 указанной выше Инструкции Генеральной прокуратуры и убедительно просит Вас дать поручение о приведении данной Инструкции в соответствие с действующим законодательством.

Просим в письменном виде сообщить в НПА России о принятом Вами решении.

Президент НПА России, канд. мед. наук, врач-психиатр
высшей квалификационной категории, член Экспертного совета
при Уполномоченном по правам человека в Российской Федерации

Ю. С. САВЕНКО

Руководитель юридической службы НПА России, канд. юрид. наук,
советник юстиции, член Экспертного совета
при Уполномоченном по правам человека в Российской Федерации

Ю. Н. АРГУНОВА

Приказ Минздравсоцразвития России отменен

В июле прошлого года НПА России направила министру юстиции РФ, а также министру здравоохранения и социального развития РФ письмо следующего содержания:

Независимая психиатрическая ассоциация России доводит до Вашего сведения, что ряд нормативных актов Минздравсоцразвития России, содержащих правовые нормы, затрагивающие права, свободы и обязанности граждан, гарантии их осуществления, закрепленные в законодательных актах РФ, а также механизм реализации прав, свобод и обязанностей граждан, не проходят обязательную государственную регистрацию и не публикуются. Данные о них отсутствуют в информационных базах данных (например, “Консультант-плюс”, “Гарант”, “Эта-

лон”). Тем самым нарушаются Указ Президента РФ от 23 мая 1996 г. № 763 “О порядке опубликования и вступления в силу актов Президента Российской Федерации, Правительства Российской Федерации и нормативных правовых актов федеральных органов исполнительной власти”, а также постановление Правительства РФ от 13 августа 1997 г. № 1009 “Об утверждении Правил подготовки нормативных правовых актов федеральных органов исполнительной власти и их государственной регистрации”.

Это относится, в частности к приказу Минздравсоцразвития России от 30 мая 2006 г. № 429 “Об утверждении Порядка¹ осуществления контроля за деятельностью психиатрических и психоневро-

¹ Согласно Правилам подготовки нормативных правовых актов федеральных органов исполнительной власти и их государственной регистрации, утвержденным постановлением Правительства РФ от 13 августа 1997 г. № 1009, нормативные правовые акты издаются в виде постановлений, приказов, распоряжений, правил, инструкций и положений. Такой нормативный акт как “порядок” в указанных Правилах и в Разъяснениях о их применении, утвержденных приказом Минюста России от 4 мая 2007 г. № 88, не предусмотрен.

логических учреждений по оказанию психиатрической помощи”. Этот приказ был издан во исполнение постановления Правительства РФ от 28 июля 2005 г. № 462, определившего в качестве цели такого контроля — реализацию прав граждан и установившего контроль федеральных органов исполнительной власти и органов исполнительной власти субъектов РФ: за обеспечением своевременного информированного добровольного согласия граждан, страдающих психическими расстройствами, на лечение или отказа от него; за соблюдением порядка и условий оказания психиатрической помощи; за организацией лекарственного обеспечения и питания граждан, страдающих психическими расстройствами; за соблюдением порядка обжалования действий медицинского и иного персонала психиатрических и психоневрологических учреждений по оказанию психиатрической помощи.

Минздравсоцразвитию было поручено утвердить порядок осуществления такого контроля совместно с заинтересованными федеральными органами исполнительной власти. Однако в приказе министерства ни о каких других органах не упоминается.

В приказе отсутствует перечень требований к психиатрическим учреждениям при оказании ими психиатрической помощи с указанием норм законов и иных нормативных правовых актов, исполнение которых подлежит проверке. Не раскрываются понятие и виды “мероприятий” по контролю и что под ними подразумевается (указана лишь “основная” форма контроля).

Понятие врачебной тайны в приказе не соответствует ч. 1 ст. 61 Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан. Не определена процедура “доступа” членов проверочной комиссии к меддокументации при том, что обеспечение такого доступа вменяется в обязанность администрации учреждения.

Данный приказ, не прошедший госрегистрацию и не опубликованный, исходя из п. 10 Указа Президента РФ от 23 мая 1996 г. № 763 не должен влечь правовых последствий как не вступивший в силу и не должен служить основанием для регулирования соответствующих правоотношений, применения санкций за невыполнение содержащихся в нем предписаний.

Тем не менее в целях реализации этого приказа Федеральная служба по надзору в сфере здравоохранения и социального развития издала затем свой приказ от 10 июля 2006 г. № 1574-Пр/06 “О контроле за деятельностью психиатрических и психоневрологических учреждений”.

НПА России просит обеспечить рассмотрение нашего обращения и принять надлежащие меры.

**Президент НПА России
Ю. С. Савенко**

**Руководитель юридической службы НПА России
Ю. Н. Аргунова**

Зам. директора Департамента законопроектной деятельности и регистрации ведомственных нормативных актов Минюста России в своем ответе на наше обращение подтвердил, что данный приказ на госрегистрацию в Минюст в установленном порядке не поступал, о чем Минюст направил соответствующий запрос в Минздравсоцразвитие.

Спустя 4 месяца в декабре 2007 г. НПА получила дополнение к ответу Минюста, в котором указывалось, что приказ от 30 мая 2006 г. № 429 отменен приказом Минздравсоцразвития от 29 ноября 2007 г. № 730.

Примечательно, что приказ № 730, так же как и приказ № 429, отсутствует в информационной базе данных “Консультант-плюс”. Пора, наконец, Минздравсоцразвитию издать (и опубликовать в “Российской газете”) приказ о порядке опубликования своих нормативных актов как нуждающихся, так и не нуждающихся в государственной регистрации, как это давно сделали другие ведомства.

Ю. Чайка еще будучи министром юстиции, выступая перед руководителями юридических служб министерств и ведомств, очень точно заметил: “Для нерадивых чиновников на местах приказ (инструкция) — это прямое руководство к действию, а закон — лишь общее понятие”. Чтобы обуздать подобные нарушения установленного порядка подготовки и регистрации актов, Минюст обратился в Правительство с предложением о предоставлении министру юстиции права вносить ходатайство в Правительство о привлечении виновных к ответственности, вплоть до увольнения. Такая перспектива может вполне ожидать и чиновников Минздравсоцразвития.

Итак, благодаря усилиям НПА одним ведомственным актом, невнятным по содержанию, сокрытым от госрегистрации и населения и нарушающим по сути права пациентов, стало меньше.

Этот случай весьма поучителен не только для Минздравсоцразвития, издающего нормативные акты низкого уровня, игнорируя требования закона, но и для профессиональных общественных объединений врачей-психиатров и других специалистов, работающих в психиатрии, а также иных общественных объединений в плане приобретения навыков осуществления контроля за соблюдением прав и законных интересов граждан при оказании психиатрической помощи. Такой контроль, как мы видим, может и должен выражаться в более широком диапазоне действий, чем это определено в ст. 46 Закона о психиатрической помощи.

Ю. Н. Аргунова

ИЗ ДОСЬЕ ЭКСПЕРТА

Второй “обезьяний процесс” в Москве

Название этой публикации, так же как предыдущей (НПЖ, 2004, 4, 64 – 69) про выставку в Музее и общественном центре им. Андрея Сахарова “Осторожно — религия!” зимой 2003 года, автоматически пришло на ум многим неслучайно. Оно отражает агрессивную клерикализацию нашего общества, так же как исходный судебный процесс 20-х годов в южной глубинке США против преподавания теории Дарвина в школе. — Человек сотворен по образу и подобию Божию, а не обезьяны! Но московские судебные процессы доказывают явно обратное.

Спустя 83 года такой же процесс повторился в Москве и буквально по письму школьницы, и в связи с очередной художественной выставкой в Центре им. Андрея Сахарова “Запретное искусство — 2006”, проходившей 7 – 31 марта 2007 года. Название выставки отражало тот факт, что ее экспонаты не принимались на другие выставки, либо снимались, как например, работа А. Косолапова “Икона — икра” со стены Третьяковской галереи.

Памятуя, по опыту выставки 2003 года, возможность обвинений в оскорблении чувств верующих, на выставке 2007 года, чтобы оскорбиться, увидев экспонат, следовало подвинуть скамейку, взобраться на нее и заглянуть в маленькое отверстие, а затем высказаться о правоте или ошибке цензурных действий в отношении выставленных произведений. Экспонаты с ненормативной лексикой были расположены с одной стороны выставочного зала, экспонаты с религиозной символикой — с другой.

Но полторы сотни свидетелей, подписавших под копируку заявления в суд, что тяжко оскорблены, — члены националистического православно-патриотического движения “Народный Собор”, на выставке даже не были. Как справедливо пишет Александр Подрабинек, “следствие выстраивает совершенно искусственную, лживую ситуацию. Люди, которым выставленные в музее экспонаты могли бы причинить “психотравмирующее воздействие чрезмерной силы”, не пойдут на выставку. А зашедшие случайно, уйдут после просмотра первого же экспоната, потому что нормальным людям свойственно избегать стрессовых ситуаций. Легионы ушибленных выставкой в Сахаровском центре — миф следствия, и это, без сомнения, выявится в суде.

Как и на прошлом судебном процессе, следствие и суд попытаются сыграть на религиозном возрождении в стране, на благожелательном отношении

общества к церкви. Для этого следствие выдает нетерпимость группы мракобесов (даже и высокопоставленных) за позицию всей православной церкви; свое собственное желание угодить авторитарным настроениям власти за мнение всего общества. Уже сейчас обвинение сосредоточено не на свободе творчества и вопросах о том, как, насколько и каким образом ее можно в данном случае ограничивать, а на том, какая художественная и идеологическая ценность экспонатов выставки. Следствие будет считать свою задачу выполненной, если докажет, что кто-то на эту выставку обиделся, чьи-то религиозные чувства она задела. Хотя, если вдуматься, то разве должен художник создавать только такие творения, которые никого не обидят? Да и возможно ли это?” (<http://www.sakha.gov-center.ru/news/2007/forbidden-pollice/ej0526.php>).

В мае 2007 года куратору выставки, зав. отделом новейших течений Государственной Третьяковской галереи Андрею Ерофееву и директору Музея и общественного центра им. Андрея Сахарова Юрию Самодурову было предъявлено обвинение по п. “б” ч. 2 ст. 282 УК РФ — “действия, направленные на возбуждение вражды, а также на унижение достоинства группы лиц по признакам национальности, отношения к религии, совершенные публично, лицом с использованием своего служебного положения”. Так статья, казалось бы, предназначенная для борьбы с неонацистами, обратилась против одной из твердынь прав человека, своего рода храма этой гражданской религии. Здесь проходил один из съездов НПА России и организованные ею регулярные межконфессиональные встречи “Психиатрия и религия”. Юрий Самодуров — известный правозащитник, уже был приговорен по упомянутой статье к штрафу в 100 тысяч рублей. Теперь он — рецидивист, и ему грозит заключение на срок до пяти лет.

В начале 90-х годов кое-кто прогнозировал, что в недалеком будущем нам грозят преследования атеистов. И вот спустя 15 лет в телеэфире профессор МГИМО и ведущий одной из юношеских программ говорит, что “атеисты — это больные люди, и их надо лечить”, уже появляются плакаты “Врагам Православия — не место на земле!”.

Адвокат обвиняемых обратилась в НПА России за разъяснениями представленного экспертного заключения от 05.05.2008. Это заключение было написано так же как искусствоведческое (эксперт Энеева), почти дублируя экспертные заключения 2003 года и це-

ликом в духе постановления о привлечении Ю. Самодурова в качестве обвиняемого (15 мая 2008 г.). В постановлении говорилось: “Самодуров Ю. В. ... в неустановленное следствием время и месте вступил в предварительный сговор с Ерофеевым А. В. ... для совместной подготовки и проведения в г. Москве общедоступной выставки, четкая концептуальная направленность которой состояла в публичном выражении в наглядно-демонстративной форме унижительного и оскорбительного отношения к христианской религии в целом, а к православному христианству в особенности... Во исполнение совместного преступного умысла... Самодуров Ю. В. дал согласие и принял решение о размещении и публичной бесплатной демонстрации... ряда экспонатов из числа отобранных Ерофеевым А. В. ... и обеспечил техническую поддержку для создания экспозиции выставки, наибольшим образом соответствующей ее преступным целям... используя свое служебное положение, обеспечили размещение экспонатов [с ненормативной лексикой] в непосредственной близости от других экспонатов, использующих и содержащих в себе религиозную символику христиан... [дальнейший текст представляет описание старшим следователем Е. Е. Коробковым экспонатов выставки глазами эксперта, начиная с, видимо, наиболее его впечатливших] графической компози-

ции И. Кабакова “Пошел ты...”, несущей в себе особо циничное и изощренное воздействие на сознание и подсознание зрителей... [и] скульптуры Л. Сокова “Памятник”, включающей ненормативную матерную лексику, составляющую часть скульптуры,.. выполненной из металла и представляющей собой совокупность трех букв “х”, “у”, “и”, что образует при чтении сверху вниз нецензурное матерное слово, несущее в себе, учитывая общий антирелигиозный контекст выставки и название данного экспоната, грубейшее надругательство над религиозными и нравственными чувствами граждан, унижение их человеческого достоинства”. И т.д., и т.п.

Заключение представленной нам судебно-психологической экспертизы сопровождается подпиской: “Мне, Слободчикову Виктору Ивановичу, разъяснены права и ответственность эксперта, предусмотренные статьей 57 УПК РФ. Об ответственности за дачу заведомо ложного заключения по ст. 307 УК РФ предупрежден”. 05.05.2008.

Доктор психологических наук, член-корр. Российской академии образования, профессор, директор Института развития дошкольного образования Российской академии образования (стаж научной деятельности — 40 лет, стаж экспертной деятельности — 17 лет)

ЗАКЛЮЧЕНИЕ СПЕЦИАЛИСТОВ ПСИХОЛОГА И ПСИХИАТРА В ОТНОШЕНИИ СУДЕБНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ ЭКСПОНАТОВ ВЫСТАВКИ “ЗАПРЕТНОЕ ИСКУССТВО — 2006”, ПРОВЕДЕННОЙ В МАРТЕ 2007 ГОДА

Настоящее заключение дано 20 июня 2008 г. на основании ксерокопии заключения эксперта В. И. Слободчикова от 5.05.08г.

для ответа на вопросы:

– удовлетворяет ли экспертное заключение В. И. Слободчикова современным научным требованиям?

– являются ли выводы эксперта обоснованными?

Заключение эксперта занимает 15 страниц и представляет поочередные ответы на 3 поставленных вопроса: 11 страниц на 1-й вопрос в отношении 11 экспонатов —

1) Использованы ли в них графические, художественно-изобразительные или лексические средства, унижающие человеческое достоинство и оскорбляющие религиозные чувства верующих граждан?... Если да, то какие средства и в отношении верующих каких религий?

и по 1 странице на 2-й и 3-й вопросы —

2) Может ли размещение экспонатов, содержащих матерную лексику или элементы порнографии в непосредственной близости от других экспонатов выставки, использующих элементы религиозной симво-

лики, оскорбить религиозные чувства и унижить человеческое достоинство верующих?;

3) “Какое психологическое и нравственное воздействие оказывает на зрителей выставки ее обустройство таким образом, чтобы ее экспонаты можно было увидеть только через небольшое отверстие, загораживающее их в стене-перегородке?”.

Указывается, что производство экспертизы заняло 80 дней (15.02 – 05.05.2008).

Описание и анализ экспонатов даны в обличительном-публицистическом, далеком от науки и экспертной практики, стиле оценочных характеристик, экспрессивно-гиперболических категорических заявлений, с самого начала откровенно тенденциозных. Различные части текста написаны в совершенно разной профессиональной и индивидуальной манере, словно что-то писал проповедник-священник, что-то специалист по “войне реклам” и выборам, что-то пропагандист-воспитатель, что-то популяризатор псевдонаучных писаний перепрограмматоров сознания, 20 лет назад популярных в США, но уже вышедших там из моды. Но фактически здесь нет ничего от научной психологии.

Например, подробно обсуждается работа А. Косолапова “Реклама Макдональдса” — лицо Иисуса на логотипе сети ресторанов “Макдональдс” с надписью “This is my body”. Для эксперта это “кощунственное надругательство над святым для верующих христиан таинством”, “проявление неуважения и неприязни автора к религиозным чувствам посетителей”, и т.д. и т.п.

Для нас смысл этой картины прочитывается как обличение нашего времени, где все что угодно, даже святыни, используется для рекламы, идет на потребу прибыли, где ради прибыли продают и душу.

Для эксперта “основное содержание и цель” этой работы состоят в том, чтобы “издевательски внушить зрителю”:

- что тело Иисуса не более ценно, чем гамбургер;
- что образ Иисуса равноценен образу любого человека;
- что сопоставимы обряд причастия и простое употребление пищи;
- что Евангельские тексты не обладают особой ценностью и сравнимы с рекламными слоганами.

Такая трактовка экспертом здесь и во всех других случаях просто постулируется, но никак не обосновывается. Он знает откуда-то даже цель работ и безапелляционен, но это является совершенно искусственным, натянутым, произвольным.

Мы видим совсем другое:

- что любое вкушение пищи — дар Божий, отсюда затрапезная молитва;
- что любой человек создан по образу Божьему.

Мы видим здесь желание художника показать, как легко заплывывается и затаптывается в современной мире самое святое, а эксперт уверяет, что это “публичная дискредитация Евангельских текстов, направленная на разрушение не только русской, но и всей европейской культуры”.

Художники часто обыгрывают многозначность всего на свете — это художественный прием многих школ в искусстве, который делает их произведения полифоничными. Эксперт же постоянно использует понятия “однозначно”, “абсолютно”, которые неприемлемы в любом научном тексте, тем более психологическом.

На принципе многозначности построены проективные личностные тесты, которые ясно показывают, что то, что человек видит, характеризует, прежде всего, его самого, заключено в нем самом. Если он видит “целенаправленное”, “сознательное”, “умышленное” “издевательство” и “стремление надругаться над чувствами верующих и унижить их человеческое достоинство...”, то значит он сам крайне агрессивен и тенденциозен. Многозначность объектов восприятия — оборотная сторона системы наших собственных установок и предвзятостей.

Наконец, на принципе многозначности построены и тесты на творческий интеллект. Требуется, напри-

мер, быстро дать предъявляемому рисунку максимальное число трактовок. Однозначность восприятия — это самый низкий культурный и творческий уровень, и самая высокая тенденциозность.

Однако в тексте экспертного заключения, написанного, как указано, д-ром психологических наук, игнорируются эти элементарные сведения, фундаментальные для научной психологии. Эксперт пишет: “Явная узнаваемость... евангельских сюжетов абсолютно исключают любую двойственность толкования, содержания и направленности экспонатов”. Он словно не понимает, что и Евангельские тексты многозначны, и не знает, какое разнообразие их, подчас диаметрально противоположных трактовок существует, например, в отношении образа Иуды.

Прием соединения священного и вульгарного, комичного, который возмущает эксперта как “карикатура”, “глупая и оскорбительная насмешка над образом Иисуса”, — давно и широко распространенный художественный прием, который опять-таки многозначен, но воспринимается обычно как честное воспроизведение нашей действительности, где такое соединение — сама повседневность.

Восприятие экспертом экспонатов выставки, как атакующих христианство, унижающих его (словно это возможно!), и издевающихся над ним вплоть до нанесения тяжелых психотравм верующим, характерно для так называемой манихейской ереси, т.е. склонности во всем видеть чью-то злонамеренность, злую волю. В результате, такие эксперты и цензоры часто видят крамолу на пустом месте и сами договариваются до кощунств, которых без них никто бы и не озвучил, и так не подумал. Например, что “православное христианство — своего рода мультипликационная сказка, история, предназначенная для времяпровождения, легкого развлечения, не несущая в себе никакого ценного духовно-нравственного или религиозно-культурного содержания”. Можно не сомневаться, что такое восприятие изображений Евангельских сюжетов, где вместо Иисуса фигурирует Микки Маус, могло оскорбить разве что небольшую кучку дремучих фундаменталистов, но для подавляющего большинства, особенно детей, это только содействует сопричастности Евангельскому духу, как, например, лев в “Хрониках Нарнии”.

Издевательским является для эксперта и изображение распятия, где вместо головы Иисуса помещен орден Ленина. Для него — это глумление над Иисусом, хотя давно расхожим является понимание такого изображения как вполне адекватной метафоры коммунистической идеологии, вознамерившейся занять место религии, но оставшейся только ее суррогатом. И т.д. и т.п.

Оскорбился ли сам эксперт тем, что трактует как оскорбление чувств? Если да, то он не может быть объективным, если нет, то для него это поле умственных спекуляций в любую сторону. И действительно,

арсенал его доказательных средств подтверждает это. Он использует специфическую терминологию, знаменитую способностью жонглировать смыслами и значениями. Так эксперт видит во всех экспонатах выставки попытку “изменить мировосприятие зрителя”, доказать, что “религия — малоценная условность”. И перечисляет 4 психологических приема “принудительного достижения интроекции¹ зрителем тех смыслов, которые авторы экспонатов выставки стремятся ему навязать, а также приемы возбуждения религиозной вражды и унижения человеческого достоинства...”. Вот только “принудительной интроекции” в принципе не бывает, — это несовместимые вещи, интроекция всегда добровольна и может быть только добровольной. Но само использование экспертом не принятого в отечественной психологии психоаналитического понятия “интроекции” очень показательно. Это понятие подразделяется на собственно интроекцию и проекцию, пребывающих в динамическом балансе как ассимилятивные и диссимилятивные процессы. Это открывает дорогу произволу бесконечных интерпретаций.

Интроекция возможна только в случае приемлемости для данной конкретной личности, но никогда не вопреки ей. Личность — не пассивный воск, она во всем избирательна. Эксперт же явно исходит из архаического представления о пассивности, инфантильности личности, которую надо опекать, изолировать от действительности.

Вот типовое утверждение эксперта: “большинство зрителей крайне болезненно и психологически тяжело воспримут описанный экспонат”. Здесь неверно все: и то, что “большинство”, и то, что “крайне болезненно” (одни мнения и никаких фактов), и даже что “воспримут”, — ведь кто пойдет на такую выставку? — только люди достаточно высокого культурного уровня и разносторонних интересов, т.е. подготовленные, не “буквалисты”. Таким образом, это голословное декларативное заявление, не соответствующее действительности, и не только не подкрепленное экспериментально, но противоречащее всему имеющемуся опыту.

Описывая в качестве одного из психологических приемов “принудительного достижения интроекции” — “циничную иронию, сарказм...”, эксперт акцентирует сознательную провокативность действия такого “высмеивания”, что “обеспечивает актуализацию регрессивных аффективных реакций и неконтролируемых форм агрессивного поведения зрителя”. Т.е., он заранее выдает индульгенцию погромщикам выставки, обвиняя в их действиях самих устроителей выставки. Погромщики выставки объявляются жертвами, которые якобы юридически неответственны в силу “неконтролируемых аффективных реакций”. Эти, выхва-

ченные из учебника, психиатрические понятия в данном контексте совершенно безответственны и с действительным основанием могут считаться подстрекательскими, в отличие от экспонатов выставки, которые эксперт квалифицирует таким образом.

Наконец эксперт, вновь произвольно вторгаясь в сферу психиатрии, заявляет, что “логика человеческого восприятия и мышления у психически здоровых людей работает так, что предметы рассматриваются напрямую, а не исходя из их предполагаемого обратного (противоположного) смысла”. На самом деле, — и это школьная истина, — наоборот: именно психически здоровые люди далеки от прямого, непосредственного, буквального понимания смысла метафор и художественных образов, понимают их условный, переносный смысл. Здесь существует целая градация степеней (даже ступеней) буквальности восприятия и понимания: буквальное, конкретное, конкретно-ситуационное, абстрактное, — хорошо известная клиническим психологам. У нас нередко встречается буквальное восприятие Святого Писания. Мы описали даже случай судебного иска в адрес Библии.

Эксперт утверждает, что “удивление, изумление, шок” и “осознание оскорбительного посыла” несет “угрозу потери жизненных ориентиров и переосмысления нравственных ценностей”, является “сильнейшим экстремальным воздействием на психику, несущим прямую угрозу целостности личности и разрушение сложившейся картины мира”, является “психотравмирующим событием и сильнейшим стрессовым фактором, причиняющим непереносимые нравственные страдания”, и т.д. и т.п. Полная несостоятельность всех громоздящихся здесь тавтологий ясно выступает в неграмотном цитировании определения психиатрического термина “посттравматический стресс” (л. 13), где начинать надо с того, какие именно психические расстройства его характеризуют и зафиксированы ли они хоть у кого-то из зрителей, а не подменять тем, от чего это бывает. Без первого второе теряет смысл.

Вместо того, чтобы написать по-русски “злое высмеивание”, “злые насмешки”, эксперт пишет “дисфорическое высмеивание”, “дисфорические насмешки”. Такое доморощенное использование психиатрического термина “дисфория” режет профессиональный слух, так никто не говорит, это некое наукоподобное кокетство.

Нужно обладать болезненно обостренной чувствительностью, либо разгоряченной политической ангажированностью, чтобы воспринимать экспонаты выставки “крайне болезненно” и т.п. Эксперт все же настаивает, что “это приводит к сильнейшим психотравмирующим сдвигам в личности верующего зрителя”. Может быть, эксперт так вжил в ситуацию, что сам пережил возможность такого сдвига в своей личности, но много ли стоит вера и личность, которые сдвигаются от рассматривания такой картины? Во-

¹ Принятие индивидом в свой внутренний мир взглядов, мотивов и установок как своих.

круг нас сплошь вещи посильнее, не говоря уже о кинохронике, показывающей политику советской власти в отношении религии: разрушение церквей, превращение их в склады и отхожие места, расстрел цвета духовенства... А ведь эксперт — человек этого поколения.

Наконец, эксперт уверяет, что экспонаты выставки сконструированы намеренно с целью “добиться проникновения их психологического воздействия в глубокие слои бессознательного, открывает возможность скрытого манипулирования сознанием”. Все модные спекуляции на тему о возможности “скрытого манипулирования сознанием”, успешно используемые для наживы — современный вариант веры в колдовство — замалчивают простой довод: будь это возможным, мир давно был бы другим, в частности, не потребовалось бы настоящее судебное разбирательство, да оно и не смогло бы состояться.

Все перечисленное настолько расходится с данными психиатрической науки и выражено такой характерной многословной гиперболической до мегаломании лексикой, таким тяжелым смакующим духом, такой вязкой манихейской одержимостью, и такой малосодержательностью, что вполне могло бы само служить основанием психиатрической экспертизы, если бы не лежащая на поверхности достаточно вероятная версия, что все эти натужные искусственные ухищрения лишь повод, придрка для осуществления вполне рациональных целей. Но это выходит за пределы нашей профессии, и поэтому достаточно засвидетельствовать полную научную несостоятельность с позиций психиатрии и психологии страхов эксперта относительно психологического стресса, психотравмирующего влияния, изменения личности, манипулирования сознанием на подсознательном уровне и т.п.

За 80 дней можно было бы успеть провести доказательное научное исследование в отношении заданных вопросов, но эксперт не организовал такого исследования. Между тем, заключение начинается с того, что “предметом исследования явились содержание, смысловая направленность и психологическое воздействие на зрителя экспонатов и сочетания экспонатов выставки”. Но само исследование как таковое отсутствует: нет ни исследования со случайной выборкой, ни исследования отдельных индивидуальных свидетельств. Похоже, что эксперт исследовал свое собственное восприятие.

Искусственное затруднение доступа к экспонатам, возможность рассматривать их только в небольшое отверстие на уровне роста взрослого, эксперт рассматривает как провоцирующий прием “понуждения к действиям, сходным с сексуальной девиацией вуайеризмом”. Но с тем же основанием такую претензию

можно было бы предъявить секс-шопам и всевозможным злачным местам, доступ в которые искусственно затрудняется их местоположением и разнообразными другими приемами, что даже предусмотрено правовыми и нормативными актами.

Восприятие экспонатов выставки должно рассматриваться в контексте ее названия — “Запретное искусство — 2006”, которое задает установку, исключающую шок, о котором столько говорится, и могло бы дать только разочарование ожиданиям, куда более смелым и более кошунственным. Готовность преодолевать специально выстроенные искусственные препоны, чтобы оскорбиться, — это тоже провокативность и притом вполне умышленная.

Из бесчисленного числа примеров адекватного восприятия и отношения к идеологическим противникам, давно ставших традиционными в цивилизованных обществах, достаточно привести Фридриха Ницше, чья ожесточенно антихристианская проповедь и объяснение происхождения христианской этики из ressentimentа, т.е. далеко не лучшего источника, не были объявлены кошунством и отторгнуты, а были конструктивно встроены. То же самое — В. В. Розанов: вопреки резкой критике которым православия и в самом деле кошунственным, он не был отторгнут ни РПЦ, ни Московской Патриархией. Что касается произведений искусства, то по логике всего заключения эксперта и “Гаврилиада” — кошунство, ее надо запретить, а А. С. Пушкина — осудить.

Недопустимо низкий научный и культурный уровень экспертного заключения, его разностилье и многие конкретные приметы заставляют предположить, что его автором является не доктор психологических наук В. И. Слободчиков, а разношерстная бригада манипуляторов средней руки, не имеющих отношения к научной психологии. То, что директор Института, член-корреспондент В. И. Слободчиков вынужден был подписать такое заключение, является выражением хорошо известного факта, что высокие посты — это тяжелые цепи, оковы, помеха для эксперта, ограничивающие его независимость.

Таким образом, эксперт представил в своем заключении не столько свои мнения, сколько свои страхи и возмущение, свою явную тенденциозность, а вместо доводов прибег к обличениям, не подкрепляя их научными обоснованиями.

ВЫВОДЫ:

- 1) экспертное заключение В. И. Слободчикова не удовлетворяет современным научным требованиям;
- 2) выводы эксперта лишены обоснования, которое подменяется выражением эмоций.

Л. Н. Виноградова, Ю. С. Савенко

Алан Стоун и американская судебная психиатрия

(Обзор Журнала Американской Академии психиатрии и права, том 37, № 2, 2008)

В. В. Мотов

Большая часть статей номера посвящена роли и влиянию профессора психиатрии и права Гарвардского университета и бывшего (1979–1980 гг.) президента Американской психиатрической ассоциации Алана Стоуна на формирование американской судебной психиатрии и, в особенности, ее этических принципов в течение последних 25 лет.

По замечанию Главного редактора журнала AAPL Dr. Griffith, на 13 съезде Американской академии психиатрии и права в Нью-Йорке в 1982 г. коллеги испытали ощущение “потрясения основ”. Причина тому — речь д-ра Стоуна. В 1984 г. Бюллетень AAPL опубликовал ее в виде журнальной статьи под названием “Этические границы судебной психиатрии: взгляд из “башни из слоновой кости”. Публикация вызвала острую дискуссию в профессиональном сообществе и массу комментариев. Сейчас, 24 года спустя, журнал AAPL решил еще раз представить эту статью теперь уже новому поколению читателей. Имея в виду приближающиеся юбилеи д-ра Стоуна (80-летие, а также 40-летие его профессорства в Гарварде), решение представляется особенно уместным.

Д-р Стоун сформулировал четыре этические проблемы, которые, с его точки зрения, судебная психиатрия не в силах разрешить: (1) судебный психиатр из-за недостаточного развития самой психиатрии не может снабдить суд абсолютно достоверной информацией; (2) риск, что он, относясь к испытуемому как пациенту, вольно или невольно будет стремиться помочь ему, и в этом своем стремлении пойдет слишком далеко, извратив общепринятые представления о справедливости и честности; (3) противоположный риск, что эксперт будет намеренно вводить в заблуждение испытуемого, пытаясь “выудить” у него информацию, которая может быть полезна для достижения общечеловеческой справедливости, но которая вредит самому обследуемому; (4) опасность, что насыщенная состязательным компонентом система правосудия,



подвергающая психиатра-эксперта попеременно то искушениям, то резким атакам, вынудит его стать на путь протитуирования профессии.

Развивая мысль о трудности поиска равновесия между интересами испытуемого и существующими в обществе представлениями о справедливости, д-р Стоун, в частности, пишет: “Мой коллега Laurence Tancredi заметил, что для многих моральных философов справедливость сама по себе является благом. Я верю, что он прав, но справедливость является благом сама по себе для общества неидентифицированных личностей. В противоположность этому практиче-

ская этическая обязанность врача — облегчение страданий индивидуальных, вполне определенных пациентов. Медицина еще не решила проблему, как найти равновесие между индивидуальным благом отдельного пациента и общим благом неидентифицированных масс. Мы теряем наши практические этические ориентиры, когда пытаемся служить такому большому благу. В связи с этим обратим внимание на советских психиатров, которых мы осудили за неэтичное использование психиатрии в политических целях. Если кто-то вступит в диалог с советскими судебными психиатрами, одно из их основных утверждений будет состоять в том, что революция есть наибольшее благо для наибольшего числа людей. Величайший образец социальной справедливости в XX веке есть величайшее благодеяние. И как раз тогда, когда они, как психиатры, действуют во имя этого большего блага, мы полагаем, что их этический компас начинает отклоняться. Скандалы, связанные с медицинскими исследованиями здесь [в США], показывают то же самое. Прогресс науки — благородная цель; вы можете предпочесть его революции или американской судебной системе, но когда врачи придают ему больший вес, чем помощи своим пациентам или не причинению вреда, они теряют этические границы”.

Д-р Стоун обращает внимание и еще на одну группу, с его точки зрения, фундаментальных вопросов:

(1) разграничение факта и ценности. По его мнению, в заключениях психиатров, в особенности, по вопросам, связанным с сексуальными отношениями, постоянно игнорируются или вообще стираются различия между фактическими и ценностными суждениями. (Кстати, желающие более подробно ознакомиться с проблемой взаимосвязи фактического и ценностного компонентов в современных психиатрических концепциях и причиной большей загруженности психиатрических терминов, чем соматических, ценностными характеристиками могут обратиться к статье К. Fulford et al, опубликованной два года назад в Независимом психиатрическом журнале — НПЖ, 2006, № 2, стр. 11 – 21); (2) детерминизм — свободная воля. Проблема встает везде, где речь идет о волевых побуждениях человека и его ответственности за свои поступки; (3) деструкция “я”. В отсутствии единства собственного “я” моральное суждение становится невозможным. Эта, как ее называет д-р Стоун, наиболее фундаментальная теоретическая дилемма современной психиатрии имеет прямое отношение к вопросу о том, как судебной системе следует реагировать на множественную личность и диссоциативные феномены; а также (4) психика-мозг и (5) разрыв между наукой и моралью.

“Судебные психиатры, — пишет д-р Стоун, — иногда говорят, что все эти предполагаемые этические проблемы, которые я перечислил здесь, не имеют значения, потому что я упустил из вида откровенно состязательную природу судебно-психиатрических доказательств в суде. Судебные психиатры, вероятно, могли бы утверждать, что они открыто признают тот факт, что они выбраны одной из сторон, чтобы помочь ей. И у них нет этических проблем, так как они открыто принимают на себя ответственность приводить доказательства, наиболее способствующие успеху [пригласившей их] стороны. Более того, они могли бы утверждать, что этика таких противостоящих друг другу заключений является, в сущности, понятной, потому что подобное же происходит и с юристами. Но они должны допускать, что, как и в случае с юристами, такая практика является этической потому, что понятна всем участвующим в системе отправления правосудия и никого не вводит в заблуждение. Однако ясно ли осознают присяжные эту приверженность [психиатра-эксперта] одной из сторон? Они ведь наблюдают, как судебный психиатр дает клятву говорить правду, всю правду, а не одностороннюю правду. Психиатр не начинает свои показания в суде с того, что он был нанят стороной в процессе для того, чтобы принести ей наибольшую пользу. Скорее он начинает с того, что доносит до присяжных впечатляющую презентацию своих выдающихся качеств, подтверждающих его компетентность, а не односторонность или предвзятость. Судья также не инструктирует присяжных о том, чтобы они, взвешивая экспертное заключение, помнили, что судебный психи-

атр обязан быть пристрастным. До тех пор, пока в зале суда существует беспристрастность подобного свойства, невозможно смести этические проблемы под ковер ясно выраженной состязательной этики”.

По мнению д-ра Стоуна, поднятые им проблемы могут быть разрешены тем или иным образом каждым психиатром в отдельности, для себя лично, однако, в судебно-психиатрическом сообществе в целом, ни по одной из них консенсус не достигнут, а поскольку нет согласия по базовым вопросам судебной психиатрии, возникает вопрос о правомерности существования ее самой.

Статья сопровождается тремя комментариями. Основная мысль первого (авторы: Dr. Bloom и Dr. Dick) — выступление д-ра Стоуна следует рассматривать в контексте событий начала 1980-х гг.: покушение Хинкли на президента Рейгана в 1981 г., возмущение большинства американцев (убежденных, что присяжные стали марионетками в руках беспринципных судебных психиатров) вердиктом присяжных о невменяемости Хинкли. Авторы приводят выдержки из публикаций того времени в ведущих американских газетах, где утверждалось, к примеру, что упомянутое решение присяжных может иметь хоть какое-то оправдание лишь в том случае, если вызовет отвращение к “противоестественному супружеству психиатрии и права”, что психиатрам необходимо прекратить манипулирование присяжными, что, давая свое заключение, они должны объяснить присяжным, что психиатрическое заключение — не синоним истинности, но лишь профессиональное мнение сведущих в психиатрии людей.

Влиятельная организация американских врачей — Американская медицинская ассоциация высказалась за отмену защиты на основании невменяемости. Американская психиатрическая ассоциация заняла более взвешенную позицию, рекомендуя ограничиться удалением волевого критерия из формулировки невменяемости (что и было сделано Конгрессом США в 1984 г. в отношении формулы невменяемости, используемой в федеральных судах). Внутри самой психиатрии вышли на поверхность трения между общими и судебными психиатрами, появившиеся с момента создания в 1969 г. организации судебных психиатров (Американская академия психиатрии и права), но остававшиеся ранее незаметными для постороннего глаза. И как пишут авторы, “Когда Стоун произносил свое обращение к Американской академии психиатрии и права, эмоции были все еще накалены, и он, возможно, не шутил, когда говорил: “Сейчас, после Хинкли, когда судебные психиатры нуждаются в ободрении, целительных бальзамах и успокаивающем лечении, я спустился из “башни из слоновой кости” чтобы “стрелять в раненых””.

Авторы второго (Dr. Dike) и третьего (Dr. Grubin) комментариев сосредоточились на содержании статьи д-ра Стоуна. Британский профессор судебной

психиатрии из университета Ньюкасл Don Grubin следующим образом аргументирует свое несогласие с основными положениями, высказанными д-ром Стоуном.

“Основная проблема критики Стоуна, — пишет Dr. Grubin, — состоит в том, что он не обозначает ясно моральные основы своей этической позиции. Для него истинные ответы являются истинными в абсолютном смысле, и он предполагает, что мы все согласны, что предпосылкой морального поведения является необходимость говорить только абсолютную правду, по крайней мере, под присягой. Но такая позиция проблематична в этической системе, которая не признает абсолютной истины или не придает ей такого большого значения”.

Определяя этику как учение или науку о морали, устанавливающей, что “хорошо”, что “плохо”, что есть “добро”, а что — “зло”, Dr. Grubin называет этическими принципами то, на чем мы основываем свои представления о том, что нам следует делать, а чего — нет. Этические принципы выводятся из системы взглядов, базирующейся на ряде фундаментальных допущений, которые считаются истинными без необходимости доказывания. Как замечает автор, природа таких допущений, а также то, как из них должны выводиться этические основы, обсуждаются еще с до-сократовских времен.

И Платон, и Библия, и большинство современных профессиональных этических кодексов исходят из того, что существуют фундаментальные добродетели (четыре наиболее известные: справедливость, умеренность, сила духа, благоразумие) и абсолютные правила, на которых должно основываться этическое поведение.

Противоположная точка зрения, выраженная в работах английского философа А. J. Ауег и которую разделяет Dr. Grubin, отрицает возможность существования “этических фактов” и “объективных ценностей”, рассматривает мораль как субъективные позиции и мнения людей, сформировавшиеся на основе их жизненного опыта, и полагает, что этические утверждения и формулировки не являются ни истинными, ни ложными. “Есть мясо, например, может быть неприемлемо в рамках этической системы, исходным условием которой является признание аморальности убийства, но оправдано в той, которая постулирует превосходство людей над животными. Оба эти заключения, выводющиеся из фундаментальных допущений разных этических систем, являются “правильными”... Какова же, в таком случае, этическая система, которую использует д-р Стоун для критики судебной психиатрии? Он не говорит. Вместо этого, он формулирует этические вопросы для судебной психиатрии, обращаясь из не объявляемой им этической системы, чтобы продемонстрировать, что ответы, предлагаемые судебной психиатрией, оказываются за пределами этических границ, которые он сам проводит”, —

пишет Dr. Grubin и не без доли сарказма замечает, что такая позиция хорошо описывается фразой известного политика 19 века William Marcy Tweed: “Пока я считаю голоса, что вы с этим поделаете?”

Далее следует статья профессора психиатрии из Университета Джорджа Вашингтона Dr. Glenn Miller “Алан Стоун и этика судебной психиатрии: обзор”. По мнению автора, до д-ра Стоуна этические проблемы судебной психиатрии (необходимость давать ясные заключения, основываясь на неполных знаниях, осознаваемое и неосознаваемое искушение навредить или помочь испытуемому, чрезмерная идентификация с нанявшей стороной, внутренний конфликт стремлений к милосердию и справедливости) оставались, по большей части, неисследованными, несмотря на их высокую значимость, а отношение врачебного сообщества к судебным психиатрам, которые выполняли одновременно роли экспертов и врачей и изо всех сил пытались определить свою идентичность, напоминало отношение к людям, лишенным каких-либо моральных основ.

Dr. Miller вспоминает “чрезвычайно негативную и временами истерическую” реакцию аудитории на речь д-ра Стоуна. Было ясно, что судебные психиатры не оставят без внимания брошенный им вызов. Отдельный номер Журнала Американской академии психиатрии и права был посвящен изложению выступления д-ра Стоуна и реакции на него девяти наиболее авторитетных американских судебных психиатров. Впоследствии почти в каждой американской статье, касавшейся судебно-психиатрической этики, обсуждались проблемы, поднятые д-ром Стоуном.

Автор, ставший одним из инициаторов приглашения д-ра Стоуна вновь выступить перед судебными психиатрами через 25 лет после его знаменитой речи с целью прокомментировать ее, исходя из реалий сегодняшнего дня, отмечает, что на съезде AAPL в октябре 2007 г. д-р Стоун несколько смягчил свое негативное отношение к современной судебно-психиатрической этике. Вместе с тем он обратил внимание на другую вызывающую озабоченность проблему судебной психиатрии — расцвет биологического редукционизма, выражающийся в растущей (с его точки зрения, совершенно необоснованной) уверенности коллег, что прогресс в области нейробиологических наук снабдит нас знаниями, необходимыми для понимания причин противоправного поведения.

В заключении Dr. Miller пишет: “Этика, которой пренебрегали, и которую до д-ра Стоуна игнорировали, сейчас в центре внимания. Вопреки предсказаниям его противников четверть века назад, его критика не погубила судебную психиатрию, но сделала ее лучше и интеллектуально, и морально... В сущности каждый судебный психиатр должен быть благодарен Алану Стоуну”.

Dr. Paul Appelbaum — один из наиболее авторитетных американских судебных психиатров и один из

наиболее известных учеников д-ра Стоуна в статье “Этика и судебная психиатрия: трансплантация принципов в практику” называет речь д-ра Стоуна на съезде AAPL в 1982 г. поворотным пунктом в развитии американской судебной психиатрии: продемонстрировав потребность судебной психиатрии во внятной этической концепции, она заставила коллег (включая самого Dr. Appelbaum) заняться серьезным анализом этических вопросов.

Именно Dr. Appelbaum сформулировал стройную и подходящую для практического применения систему этики для американской судебной психиатрии. В 1996 г. он озвучил ее в своем послании Президента AAPL.

По его мнению, любой кодекс профессиональной этики должен быть лишь дополнением к общечеловеческим этическим обязанностям и не может вступать с ними в противоречие. При этом специфические для конкретного профессионального кодекса принципы выводятся посредством анализа функций, выполняемых данной профессией в обществе. Этический кодекс судебных психиатров должен помогать им в осуществлении их основной функции — способствовать достижению справедливости в суде путем предоставления объективной информации о психическом состоянии лиц, в отношении которых суд решает те или иные вопросы. С точки зрения Dr. Appelbaum, в основе судебно-психиатрической этики должны лежать два принципа: правдивость (truth — telling) и уважение к людям (respect for persons). При этом Dr. Appelbaum выделяет два компонента принципа правдивости. Первый — субъективная правдивость или честность (honesty). Субъективная правдивость подразумевает, что судебный психиатр обязан формулировать свои заключения, исходя из того, что он сам считает истинным, а не руководствоваться соображением, выгодно ли его заключение нанявшей его стороне. Однако, как рассуждает далее Dr. Appelbaum, если принцип правдивости ограничить субъективным восприятием правды, то возникает опасность, что недостаточно квалифицированный или заблуждающийся психиатр-эксперт, внутренне уверенный в своей правоте, может направить судебный процесс в ложное русло, не противореча при этом принципам профессиональной этики. Поэтому принцип правдивости должен включать в себя дополнительную обязанность для эксперта: быть объективно правдивыми, т.е. основывать свои заключения на твердо установленных научных данных и консенсусе профессионального сообщества по рассматриваемому вопросу. Выходя в своем заключении за рамки установленных наукой фактов или отвергая общепринятое в профессиональном сообществе представление, эксперт обязан ясно сказать об этом.

Следует ли чем-либо ограничивать стремление судебного психиатра к правде?

По мнению Dr. Appelbaum, следует, и таким ограничителем должен быть принцип уважения к человеку. В противном случае намеренное введение в заблуждение испытуемого экспертом (например, утаивание своей принадлежности к нанявшей стороне) с целью “выуживания” информации, которую обследуемый не желает раскрывать, может получить моральное оправдание. Психиатр-эксперт не должен обманывать, эксплуатировать или неоправданно вторгаться в частную жизнь обследуемого, и поиск правды в судебной психиатрии следует ограничить принципом уважения к испытуемому, как человеку.

Далее идет статья, написанная Dr. Ezra Griffith, — главным редактором Журнала, в которой автор достаточно жестко критикует высказывания д-ра Стоуна о том, что судебным психиатрам не следует выступать в суде в качестве экспертов, так как у них “мало правды, которую они могут предложить суду”, что во имя помощи своим пациентам они заходят слишком далеко и нарушают принципы справедливости и беспристрастности или наоборот, обманывают пациентов во имя “справедливости” и “беспристрастности” и что они предают основы профессии, не находя в себе сил противостоять мощному давлению пропитанной состязательностью судебной системы.

“Я не одинок в своем беспокойстве относительно желания д-ра Стоуна присвоить себе право критиковать из “башни из слоновой кости” этику судебных психиатров, не беспокоясь о практических последствиях своих умозаключений”, — пишет Dr. Griffith, и продолжает далее, что ему трудно понять отсутствие у д-ра Стоуна интереса к актуальным социальным и политическим темам, таким, например, как явное неравенство возможностей в доступе к медицинской помощи или обеспечении справедливости в суде для лиц, относящихся к культурным меньшинствам, в сравнении с представителями доминирующей группы. В то же время, автор признает “огромное интеллектуальное влияние” д-ра Стоуна на развитие американской судебной психиатрии и называет его “культурной фигурой в нашей отрасли знаний в течение последних нескольких десятилетий”.

Завершает раздел статья “Этика судебной психиатрии: освоение целины” (The Ethics of Forensic Psychiatry: Reclaiming the Wasteland), написанная еще одним известным учеником д-ра Стоуна, юристом, психологом и профессором психологии и права в психиатрии Stephen Morse из Пенсильванского университета.

Prof. Morse не видит этического конфликта там, где его видит д-р Стоун. Задачи общего психиатра и судебного психиатра различны: в первом случае — быть полезным пациенту, во втором — суду. Различие в функциях создает различие в этических обязанностях. Обязанность руководствоваться в своих действиях благом пациента для судебного психиатра отпадает, т.к. субъект исследования — не пациент. Автор, впро-

чем, отмечает определенные изменения во взглядах своего учителя на судебно-психиатрическую этику: “Он [д-р Стоун] утверждает, что этический конфликт, от которого страдают судебные психиатры, — конфликт между обязанностями в отношении пациента и потребностями судебной системы, выражен сейчас не так резко [как четверть века назад], потому что в медицине в целом произошел сдвиг в сторону трансформации медицинской практики в товар”, в результате судебные психиатры выглядят сегодня не намного хуже врачей других специальностей.

Далее в своей статье Prof. Morse предлагает ряд рекомендаций, которые позволяют, что называется, выбить почву из-под ног чрезмерно этически-обеспокоенных критиков. Часть этих рекомендаций, с моей точки зрения, — прописные истины, по крайней мере, для профессионалов в России, и нет смысла их здесь повторять. К следующим двум, однако, стоит присмотреться. Так, автор предлагает судебным психиатрам: (1) перестать использовать в своих заключениях психиатрические диагнозы и (2) перестать отвечать на юридические вопросы.

В отношении (1), Prof. Morse следующим образом аргументирует свою позицию. Критерии для всех психиатрических диагнозов суть поведенческие критерии. Диагностические ярлыки в качестве “заместителей” человеческого поведения малоинформативны. DSM-IV-TR специально оговаривает, что ее диагностические категории сформулированы так, чтобы служить клиническим и исследовательским целям, а не целям права, и что они могут включать в себя чрезвычайно неоднородное поведение. То есть, делает вывод Prof. Morse, психиатрические диагнозы несут мало (если несут вообще) информации, имеющей значение для права. Суду требуется понимание человеческого поведения, а не ярлык, наклеиваемый психиатрами на группу поведенческих признаков и симптомов. Конечно, и в трактовке поведения возможны расхождения и споры, однако, в сравнении с диагнозом, к которому мы приходим с помощью умозаключений, человеческое поведение более осязаемо, зримо, конкретно, а потому разрешить спор относительно поведения легче, чем в отношении диагноза. Более того, присяжным для ответа на вопрос о вменяемости необходимо понять и оценить не психиатрический диагноз, а действия, поведение субъекта.

Что касается (2), автор обращает внимание, что вопрос о вменяемости является по своей сути юридическим и нормативным, но никак не научным, психиатрическим, клиническим или медицинским. Когда психиатр пытается давать экспертное заключение по вопросу, не являющемуся психиатрическим, такое заключение неизбежно оказывается лишенным необходимой для суда “психиатрической достоверности”. Как образно замечает Prof. Morse, “эксперт, предлагая свое заключение [по данному вопросу], снимает свой белый халат и входит в комнату для совещания

присяжных в качестве 13-го члена жюри [в американском суде, как правило, 12 присяжных]. Конечно, вы можете иметь свое мнение по данному вопросу как обычный гражданин и могли бы голосовать за него, если бы были присяжным, но с моей точки зрения, [выступая в роли психиатра-эксперта] вы не можете обосновывать его, ссылаясь на свои профессиональные знания. Неважно, насколько лучше вы понимаете рассматриваемый правовой критерий, чем непрофессионал — присяжный. Неважно, в скольких судебных делах подобного рода вы участвовали. [Ваше] мнение по данному вопросу не является экспертным заключением. Точка”.

В разделе “Анализ и комментарии” находим статью, рассматривающую вопросы нейроанатомии памяти и роли амнезии в судебно-психиатрической практике (Hal Wortzel, MD и David Arciniegas, MD) и комментарий к ней (Dominique Bourget, MD и Laurie Whitehurst, PhD). Там же помещена публикация W. Curt LaFrance, Jr, MD, MPH, и Janet A. Self, JD, в которой авторы анализируют утверждения истицы (15-летней школьницы) о причинной связи ее “неэпилептических припадков” с мелким ДТП с участием школьного автобуса, в котором она находилась, а также работа Cheryl D. Wills, MD, о затруднениях в отправлении правосудия в отношении несовершеннолетних в штате Луизиана после урагана “Катрина” в 2005 г.

Завершает раздел статья директора программы “Психиатрия и право” в Джорджтаунском университете Dr. Robert Simon: “Суицид в обнаженном виде” (Naked suicide).

Изучение автором случаев суицидов, явившихся основанием для судебных разбирательств, показало, что от 5 до 9 % лиц совершили самоубийство, будучи обнаженными. Между тем, до настоящего времени остаются неизвестными ни доля “суицидов в обнаженном виде” в общем количестве завершенных суицидов, ни то, почему некоторые суициденты до того, как лишиться себя жизни, снимали с себя всю одежду.

Попытки автора найти какую-либо информацию по теме в психиатрической, медицинской и юридической литературе оказались безуспешны. Проведенный им опрос психиатров, судебных медиков, следователей, специализирующихся на расследовании убийств, также практически ничего не добавил. Отсутствие достоверной информации открывает широкое поле для “психологизирования”, и автор, например, высказывает предположение, что избавление от одежды может символизировать новое начало, возрождение, очищение, освобождение от мира: Христос, воскресая, оставляет одежду, как символ старого мира.

Он также считает, что в “суициде в обнаженном виде” могут найти свое выражение гнев и желание мести своим близким, испытываемые суицидентом.

Убивая себя обнаженным, он стремится усилить их шок и потрясение.

Исходя из собственного клинического опыта, Dr. Simon полагает, что “суицид в обнаженном виде” не является специфичным для какого-то определенного психического расстройства: у лиц с тяжелой депрессией он может свидетельствовать о крайней степени отчаяния и безысходности; у психотических пациентов — быть ответом на бредовое восприятие окружающего или императивные слуховые галлюцинации, как знак высшей степени самоуничужения.

По наблюдениям автора, намеренное причинение самоповреждений без цели умереть, обычно, не совершается в обнаженном виде, и неудавшаяся попытка “суицида в обнаженном виде” должна стать предметом особого внимания психиатра. Автор, в частности, считает необходимым в процессе беседы с таким лицом расспрашивать о деталях его одежды в тот период времени.

За “суицид в обнаженном виде”, как замечает автор, может быть ошибочно принята неудачная практика аутоэротической асфиксии — парциальной странгуляции, практикуемой для усиления оргазма при мастурбации некоторыми, преимущественно, белыми мужчинами в возрасте до 30 лет, не страдающими психическими расстройствами. В частности, автор приводит случай из собственной практики, где адвокат психиатрической больницы, в которой 20-летний пациент был найден висящим в душе обнаженным и без признаков жизни, пытался использовать внешнее сходство неудачной попытки аутоэротической асфиксии с “суицидом в обнаженном виде” в качестве защиты, утверждая, что имело место не самоубийство

пациента, но невнимательность при осуществлении парциальной странгуляции для эротических целей.

Учитывая почти полное отсутствие информации по теме, автор рассматривает свою статью как первую попытку исследовать проблему “суицида в обнаженном виде” и призывает коллег принять участие в обсуждении этого малопонятного феномена.

В разделе “Правовой дайджест” находим информацию о недавних решениях американских судов, имеющих отношение к судебно-психиатрической практике. Упомяну лишь два, которые могут показаться интересными российским психиатрам.

(1) Апелляционный суд штата Мэриленд, рассматривая *Dep't of Health & Mental Hygiene v. Kelly*, 918 A.2d 470 (Md. 2007) решил, что для того, чтобы госпитализированного в недобровольном порядке пациента начать лечить против его воли антипсихотическими препаратами, штат должен доказать, что данный пациент в период пребывания в психиатрическом стационаре представляет опасность для себя и окружающих по причине имеющегося у него психического расстройства (Из комментария Yamilka Rolon, MD и Joshua Jones, MD).

(2) Апелляционный суд для 3 округа в *United States v. Batista*, 483, F.3d 193 (3rd Cir. 2007) подтвердил, что симулятивное поведение обвиняемого является препятствием отправлению правосудия и отягчающим фактором при назначении наказания (Из комментария Scot Eliason, MD, John Chamberlain, MD).

Заканчивается номер обзором недавно вышедших книг по вопросам психиатрии и права и письмами к редактору.

**ВТОРАЯ МЕЖДУНАРОДНАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ
ПО ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ/
ОТСТАВАНИЮ ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ**

Организаторы – ВОЗ и ВПА

6 – 8 ноября 2008 г., Бангкок, Тайланд

Bangkokconference2007@sss.gouv.qc.ca; www.bangkok-id-conference.org

Об особой форме зрительного “галлюциноза” у патологических азартных игроков

Денис Автономов¹

Целью данной работы является попытка описать, категоризировать и осмыслить специфический визуальный феномен, возникающий у некоторых патологических азартных игроков после очередного игрового эксцесса.

В своем фундаментальном труде “Общая психопатология” Карл Ясперс дал следующее определение истинным галлюцинациям. “Истинные галлюцинации — это обманы восприятия, которые не являются искажениями истинных восприятий, а возникают сами по себе как нечто совершенно новое и существуют одновременно с истинными восприятиями и параллельно им. Последнее свойство делает их феноменом отличающимся от галлюцинаций-сновидений”.

Далее К. Ясперс описывает ряд феноменов, которые определяет как нормальные, но сопоставимые с истинными галлюцинациями, а именно:

- 1) Последовательные образы на сетчатке;
- 2) Воспоминание чувственного опыта;
- 3) Фантастические визуальные явления;
- 4) Субъективные визуальные образы

Наш интерес к подобным феноменам возник после анализа самоотчетов о своем психическом и физическом состоянии возникающим у патологических азартных игроков после эпизода интенсивной азартной игры в игровые автоматы. Помимо тревожных и депрессивных жалоб пациенты сообщали о трудно классифицируемых визуальных симптомах. Они в основном представляли собой “виденья” картинок имеющих отношение к конкретной азартной игре, в которую в свою очередь только что закончил играть пациент. Подобные встающие перед глазами образы, являются относительно устойчивыми и воспринимаются пациентами как отвлекающие внимание, мешающие сосредоточению и нарушающее их функционирование.

Наблюдаемые нами феномены близки первым двум описанным К. Ясперсом категориям. Он приводит следующий пример как образец “Воспоминания чувственного опыта”:

“В течение большей части дня, без перерыва, я собирал яблоки. Стоя на стремянке, я внимательно вглядывался в гущу ветвей и длинной палкой сбивал яблоки. Вечером, когда я возвращался по темным улицам к вокзалу, мне очень мешало болезненное ощущение, будто перед моими глазами все еще маячат ветви с висющими на них яблоками. Этот образ был настолько реальным, что я то и дело на ходу размахивал перед собой палкой. Ощущение не оставляло меня в течение нескольких часов, пока, наконец, я не уснул”.

Клинико-феноменологическое описание синдрома

Нами были опрошены и проинтервьюированы 9 патологических азартных игроков, диагноз которых был установлен на основании критериев МКБ 10 врачом психиатром-наркологом, при этом каких либо психотических расстройств у них обнаружено не было.

Среди прочих жалоб данные пациенты упоминали о визуальных феноменах, возникающих у них после очередной игры. С их слов подобные феномены возникают у них не после каждой игры и не всегда носят стойкий характер. Под стойким характером пациентами понимается продолжительность от трех и более часов.

Динамическое описание феномена:

1. Возникает после игры в игровые автоматы.
2. Игра носила интенсивный характер.
3. Игра продолжалась значительное время.
4. Игра обычно проходила в ночное и утреннее время.
5. Иногда имела место депривация сна.
6. Зрительные феномены возникают уже через несколько минут после выхода пациента из игрового заведения.
7. Образы навязчиво, явно встают перед глазами.
8. Образы часто воспринимаются амбивалентно, они возникают как бы на границе внешнего и внутреннего мира; с одной стороны они как бы явно во вне с другой — внутри.
9. Образы окрашены и очерчены. Интенсивность цвета и очертаний колеблется.

¹ Клинический психолог, Московская секция Кляйнианского психоанализа.

10. Образы устойчивы и относительно постоянны (хотя могут на некоторое время ослабевать, а потом снова появляться).

11. Обычно образы носят стереотипно — динамический характер (по типу заезженной пластинки).

12. Содержание образов носит конкретный характер и соответствует изображением символов на вращающемся барабане игрового аппарата, в который играл пациент.

13. Закрывание глаз усиливает их яркость и интенсивность.

14. От возникшего образа невозможно “отвернуться”.

15. Пациенты понимают что сейчас, в реальности, этих образов нет.

16. Пациенты сами связывают их появление с предшествующей интенсивной азартной игрой.

17. Восприятие визуальных образов обычно сопровождается психическим дискомфортом.

18. Пациенты часто воспринимают появление образов депрессивно, как “наказание” или как “расплату” за игру.

19. Пациенты воспринимают зрительные образы как вторгающиеся и навязчивые.

20. Пациенты понимают, что кроме них, никто из окружающих эти образы не видит.

21. Зрительные образы мешают сосредоточиться на работе и выполнять сложную деятельность такую как, например вождение автомобиля.

22. Пациенты прикладывают неоднократные, повторные, в том числе и физические усилия, чтобы избавиться от преследующих их зрительных образов.

23. Для совладания с навязчивыми визуальными образами пациенты обычно используют:

А) игнорирование;

Б) переключение;

В) физические действия, такие как потирание глаз, насильственное моргание, попытки “встряхнуться”, проведение руками перед лицом, обмахивание и даже причинение себе физической боли;

Г) прием психоактивных веществ (преимущественно со снотворным и транквилизирующим эффектом, например, таким как алкоголь).

24. Зрительные образы мешают пациентам заснуть.

25. Воспоминание об эпизоде вторжения образов носят негативный характер.

Итак, таков на наш взгляд типичный зрительный феномен, возникающий у патологических азартных игроков. Не смотря на близость с описанным К. Ясперсом “последовательным образом на сетчатке” и “воспоминанием чувственного опыта” выделенный нами феномен несколько отличается. К. Ясперс писал как об условно “нормальном” опыте, возникающем у условно “нормальных” людей. У проинтервьюированных нами пациентов страдающих от патологии влечений подобное транзиторное расстройство воз-

никало и проявлялось исключительно в связи с игрой. Оно имела отчетливую “игровую” тематику. Также оно носило отчетливо болезненный характер и приносило пациентам дополнительное страдание. Зрительные образы мешали пациентам сосредоточиться и нарушали их функционирование. Пациенты прилагали усилия, чтобы избавиться от них.

Если интегрировать описанные феномены в целостную картину, то получатся приблизительно следующее. Хотим заметить, что данный феномен возникал не у всех пациентов и не после каждой игры. Вероятность его появления зависит от многих условий.

Данное расстройство возникает после игры в игровые автоматы. Среди наших пациентов большинство предпочитает именно игру в автоматы. По-видимому, это потому что игровые заведения, в которых установлены автоматы, наиболее распространены и максимально территориально доступны. Во-вторых, они являются самыми доступными с точки зрения размеров ставки. В-третьих, для игры не требуется, каких бы то ни было специальных навыков или знаний каких-то особенных правил игры. В-четвертых, процесс игры прост и быстр: ставка — действие — ставка. Интервал между ставкой и получением результата (выиграл — проиграл) составляет около 3х секунд, что приводит к очень интенсивной, с точки зрения скорости (а не ставок) игре. В карточных играх таких как Блек Джек или Покер или в игре в рулетку темп игры ниже, но ставки как правило больше. В-пятых, при сравнительно небольшой ставке можно за раз выиграть много — “совать джек-пот”. В-шестых, чисто психологическая причина — в случае выигрыша игрок быстро приходит к иррациональному убеждению, что этот конкретный автомат, в отличие от других, “дает”; то есть отличается от предыдущих, а его победа не является чистой случайностью, а следствием мастерства его игры. Такой игрок фиксируется именно на этом автомате (или на конкретном игровом заведении) и продолжает играть. Те пациенты, которые помимо игр в игровые автоматы, играют еще и в рулетку или карты, не сообщали нам о возникающих поле игры вторжения образов.

Далее, игра должна носить интенсивный характер. Под словами “интенсивный характер” игроки понимают игру по максимальным ставкам. Разумеется у каждого игрока эта максимальная ставка своя. Максимальная ставка означает максимальный риск, когда много выиграть или все разом потерять. Часто это игра на чужие деньги или на деньги, взятые в качестве предоплаты за еще не сделанную работу или на осуществление какого либо проекта. Или игрок взял деньги в долг (например, чтобы погасить старый игровой долг) у частного кредитора или у банка.

Игра должна продолжаться значительное время. Под словами “значительное время” игроки понимают игру, которая длится часами иногда целыми сутками напролет. Игрок планирует играть определенное вре-

мя, многократно продлевает игру, так как не может остановиться. Например, собираясь поиграть два, три часа и заходя в игровое заведение вечером, он проводит там весь вечер, ночь и утро. Часто он ни чего не ест, пьет много кофе (до 15 чашек эспрессо) и много курит (до 40 сигарет за ночь). Всю ночь он не смыкает глаз. Игра может продолжиться и утром, тогда все договоренности, обязательства по работе, службе или дому отменяются; ложь становится типичным средством выхода из ситуации.

Но рано или поздно любая даже самая интересная и увлекающая игра закачивается. Игрок выходит из заведения, иногда он не знает день на улице или ночь. В казино всегда полутьма, окна задрапированы, на стенах нет часов и грань между ночью и днем искусственно стерта.

Обычно поле короткого эпизода фотофобии (особенно если на улице день) уже через несколько минут у игрока перед глазами появляются образы. Обычно это цветные изображения символов игры, которые мелькали у него перед глазами в казино. Если игрок играл во “фруктовый” аппарат то это картинки “бананов”, “клубники”, если автомат “карточный” то “дамы”, “валеты” и т.д. Образы навязчиво встают перед глазами и носят устойчивый характер, образы окрашены и очерчены. Интенсивность цвета и очертаний колеблется. Некоторые игроки сообщают о том, что картинка мигает как наполовину перегоревшая флуоресцентная лампа. Образы носят обычно стереотипно — динамический характер; одна и та же картинка навязчиво “выпадает” (по типу заезженной пластинки). Подобная реверсия картинок сильно утомляет пациентов. Она обычно располагается перед глазами на некотором удалении. Закрытие глаз обычно усиливает силу, контрастность и яркость образов (о черно-белых картинках нам не сообщалось).

При этом пациенты сообщают, что картинка, которая явно воспринималась ими как внешняя, локализуемая во внешнем пространстве перед лицом, как бы “помещается” во внутрь, в субъективное пространство представлений. Отсюда и возникает амбивалентность при ответе на вопрос: “Где вы видите картинку снаружи в объективном мире или во внутреннем субъективном пространстве?” Пациент с одной стороны видит ее явно глазами, но при закрытии глаз она не исчезает, он продолжает ее видеть “внутренним взором”. Важно то, что от описываемых образов нельзя отвернуться. Пациент чувствует, что это он смотрит на картинку, а не картинка смотрит на него.

Пациенты относятся к образам критически, они понимают, что в реальности их нет и что это просто “картинки” непосредственно связанные с предшествующей игрой. Восприятие визуальных образов обычно сопровождается психическим дискомфортом, пациенты часто воспринимают появление навязчивых образов, как “наказание” или как “расплату” за игру. Симптом мешает пациентам сосредоточиться,

мешает вести машину. Пациенты пытаются от него избавиться, используя психологические способы совладания, такие как переключение внимания или попытки “не обращать внимание”. Часто благодаря таким действиям им удается “отогнать” нахлынувшие на них образы. В других случаях некоторые пациенты используют физические действия, такие как трение глаз, насильственное моргание, попытки отмахнуться и даже причинение себе физической боли. Некоторые, вжимаясь в сиденье, рискованно ведут автомобиль, превышая скоростной режим и нарушая правила. Употребление алкоголя еще один широко используемый способ совладания. Как правило, пациенты жалуются еще и на головную боль, слабость, разбитость, сердцебиение и потливость. Не понятно связано ли эти жалобы с интоксикацией кофеином и никотином, депривацией сна, психофизическим истощением или с самим фактом азартной игры или сочетанием многих, в том числе не описанных факторов. Многие отмечают, что наплыв образов мешает им заснуть. Свое состояние они описывают как застрявшее между сном и бодрствованием. Желание уснуть сочетается с бессонницей. Данное состояние повышает мотивацию пациентов употреблять психоактивные вещества, включая алкоголь. Продолжительность наплыва образов составляет от нескольких десятков минут до 3 – 5 часов.

Еще одно любопытное наблюдение, на основании самоотчетов, у некоторых пациентов наблюдается выраженный мидриаз. Те пациенты, которые знакомы с действием амфетамина и кокаина описывают свои расширенные со сниженной фотореакцией зрачки как “болты” (а свое психофизическое состояние определяют как амфетаминный “отходняк”). Продолжительность мидриаза также составляет до 4 – 5 часов после игры.

Посмотревшись на себя в зеркало, многие пациенты воспринимают свое выражение лица, после интенсивной азартной игры как “безумное”. Наплыв навязчивых зрительных образов воспринимается некоторыми как “сумасшествие” и сопровождается самопоричанием и/или жалостью к себе.

Так по нашему мнению выглядит выделенный нами синдром.

Клинико-патопсихологический анализ

В этой части работы мы попытаемся определить границы описанного нами синдрома.

Определенно данное восприятие не является иллюзией.

Является ли данный феномен зрительной галлюцинацией?

Или является переходным феноменом между вариантом нормы, описанным К. Ясперсом, и истинными галлюцинациями?

По определению галлюцинация это восприятие несуществующих реально объектов (предметов и яв-

лений) в качестве реальных. Об истинной галлюцинации можно говорить, если воспринимаемый объект располагается во внешнем объективном пространстве. При истинных галлюцинациях больной идентифицирует видения с реальными явлениями, не различает их, его восприятия являются телесными.

Описанные нами пациенты понимают, то, что они видят, не является реальным; восприятиям не хватает объективности.

Является ли данный феномен псевдогаллюцинацией? Зрительные псевдогаллюцинации расцениваются пациентами не как настоящие предметы, а как их образы. Возникают, не зависимо от желания, носят характер вторжения, не связаны с реальной обстановкой, пациенты не сомневаются в их реальности, им “показывают” видения и это часто сопровождается чувством “сделанности”. От зрительных псевдогаллюцинаций нельзя отвернуться, они располагаются во внутреннем пространстве представлений.

У наших пациентов никогда не возникало ощущения что то, что они видят — им “показывают”. Они воспринимали нахлынувшие образы как некий артефакт, давая себе психологически понятное, критичное объяснение его происхождения, часто самообвинительной природы — “совсем заигрался”.

Или это переходный феномен между истинными и псевдогаллюцинациями?

Или это разновидность гипнагогических галлюцинаций (которые все же феноменологически ближе к псевдогаллюцинациям) возникающих при переходе от состояния бодрствования ко сну и связанных с сильным психофизическим истощением? При закрытии глаз они также усиливаются.

Определенные сложности могут возникнуть при дифференциальной диагностике с обсессивно — компульсивными симптомами. И в том и в другом случае есть нечто, что насильственно вторгается и нарушает психический гомеостаз. Для обсессивного состояния характерно субъективно переживаемая чуждость вторгающихся навязчивых мыслей, образов и импульсов, противоречие этическим установкам личности, осознание их нелепости и неадекватности, а также отсутствие тенденции к реализации. Пациент понимает, что данные мысли являются продуктом его собственного мозга, не транслируется ему извне. Эго-дистонные образы, мысли и побуждения, возник-

ающие помимо воли индивидуума — можно определить как обсессивные.

Наши пациенты не воспринимали содержание образов как абсурдное, ни не являются противоречащими их этической установке или не адекватными по сути. Причина их появления не представляет для пациентов загадку. Преследующие их образы явны, обычно располагаются перед глазами на некотором удалении и воспринимаются наряду с обычными восприятиями и параллельно им. Они окрашены и очерчены.

Является ли данный симптом последствиями интоксикации кофеином и никотином?

Но не все наши пациенты курильщики и не все злоупотребляют во время игры кофе, тем не менее, они сообщали о наличии у них подобных эпизодов.

Является ли данный симптом следствием депривации сна? Но не во всех случаях нам сообщалось, что депривация сна имела место.

Является ли данный симптом прямым следствием азартной игры, своеобразной реакцией мозга на гиперстимуляцию? Вопрос является открытым.

Итак, как мы видим, не все так просто. В изложенной нами работе много вопросов. Ответы на эти вопросы зависят в первую очередь от того, как идентифицировать и понимать специфические визуальные феномены, возникающие у патологических азартных игроков после игрового экстаза. Описанный нами феномен сложен и не однозначен и противоречив, анализ психопатологических элементов свидетельствует о его возможной переходности. По нашему мнению он однозначно не вписывается в имеющиеся классификации. Задача на будущее — уловить различия и сходства, углубить осмыслить и соотнести то, что мы уже знаем, с тем, что еще для нас неизвестно. Полагаю, что поставленные нами в данной работе вопросы заслуживают внимания и приглашают к дискуссии.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Джекобсон Дж. Л.* Секреты психиатрии. Пер. с англ. М., МЕДпресс-информ, 2005. — 576 с.
2. *Снежневский А. В.* Руководство по психиатрии. М., 1983.
3. *Ясперс К.* Общая психопатология. Пер. с нем. — М., Практика, 1997. — 1056 с.

Нейропсихологическое исследование пространственного восприятия при гипнотической возрастной регрессии

Илья Федотов¹

С начала научного изучения гипноза прошло уже более 150 лет, однако общепризнанного объяснения многие аспекты гипнотического транса так и не получили [1]. Одним из наименее изученных и наиболее спорных гипнотических феноменов является *возрастная регрессия*, под которой понимают переориентацию личности и реорганизацию перцептуального эквilibриума в условиях внушенных пространственно-временных установок [2]. При этом в поведении, мышлении и перцептивной сфере появляются черты, характерные для внушенного возраста. Основой вопроса, требующий ответа для понимания сущности нейрофизиологических механизмов возрастной регрессии: “Происходит ли при этом возврат к более ранним этапам нервно-психического развития или же наблюдаемая феноменология является вызванной суггестией неосознанной симуляцией?” Исследования данной проблемы имеют фундаментальное значение в отношении решения вопроса о природе гипнотических явлений и функционировании мозга в состояниях измененного сознания.

Исследования, призванные решить данный вопрос, исходя из применяемых методик и подхода, условно можно разделить на нейрофизиологические и психологические. С использованием нейрофизиологического подхода изучались вызванные слуховые потенциалы (Aravindakshan, et al., 1988), особенности ЭЭГ при регрессе в ранний младенческий возраст (McCranie, et al., 1955; Schwarz, et al., 1955), безусловную и условнорефлекторную деятельность (Edmonston, 1960; Lecron, 1952) и ряд других физиологических процессов.

К более интересным выводам приводят результаты изучения психологических аспектов функционирования нервной системы в состоянии гипнотической возрастной регрессии. В частности, изучали интеллектуальный “возраст” регрессируемых испытуемых, используя для этого Stanford-Binet test (Sarbin, 1950), перцептивную сферу, используя тест “нарисуй человека” Goodenough’a (Taylor, 1950), тест пятен Rorschach’a (Orne, 1951; Sarbin, et al., 1952), Bender Visual Motor Gestalt test (Crasilneck, 1957) а также эйдетические способности (Spanos, et al., 1988). Резюмируя можно отметить, что результаты работ были неодно-

значными, а выводы противоречивыми. Но большинство исследователей склонялось к мнению о симуляционной природе регресса, и зачастую просто потому, что не удалось однозначно доказать обратное.

ОБЪЕКТЫ И МЕТОДЫ

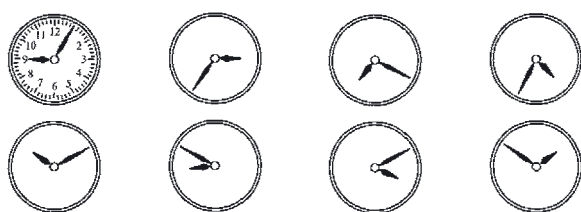
В нашей работе мы ставили целью изучить особенности пространственного восприятия при гипнотической возрастной регрессии. Выбор цели обусловлен неизученностью данного важного аспекта, открывающего путь к пониманию фундаментальных механизмов возрастной регрессии. В качестве метода изучения применялась эклектическая нейропсихологическая “батарея”, отдельные тестовые задания которой апробированы на большой выборки людей и потому имеются четкие указания на особенности выполнения данных тестов в каждом конкретном возрасте [16]. В серии экспериментов участвовали две высокогипнабельные студентки 21 и 22 лет.

РЕЗУЛЬТАТЫ

- Для изучения оптико-пространственной деятельности в нейропсихологии широко используется *тест “слепых часов”*: после предъявления эталона испытуемому предлагают назвать время, указанное на часах без циферблата (рис. 1). У детей до 7 – 9 летнего возраста с выполнением этого задания возникают затруднения: требуется больше времени, допускается ряд неточностей. В нашем опыте сомнамбула, регрессировав в гипнозе до возраста 6 лет, сначала отказалась отвечать на вопросы экспериментатора, сославшись на сложность этого теста, а на следующем сеансе выполнила тест, допустив при этом ряд неточностей и затратив на его выполнение большее количество времени. Другая девушка выполнила тест сразу, но имела те же затруднения. В контрольном исследовании, когда тест выполнялся без регресса, данных затруднений не было.

- Одним из важнейших экспериментальных нейропсихологических приемов для исследования зрительного восприятия является рисунок. Формирование пространственных представлений идет наиболее интенсивно в дошкольном и младшем школьном возрасте и заключается в первую очередь в усвоение общепринятой символики и изобразительных приемов. Так для изображения удаленности и создания иллюзии трехмерности в плоскостном рисунке применяют такие *изобразительные средства* как линейную перс-

¹ Студент 5 курса лечебного факультета Рязанского государственного медицинского университета им. акад. И. П. Павлова, кафедра психиатрии с курсами медицинской психологии и психотерапии; научный руководитель: ассистент кафедры, к.м.н. Е. А. Шитов.



	Светлана		Наталья	
	время	ошибки	время	ошибки
Возрастная регрессия до 6 лет	5 мин	4	4 мин 30 сек	3
Контроль	1 мин 30 сек	0	1 мин 10 сек	0

Рис. 1. Стимульный материал для теста “слепые часы” и результаты



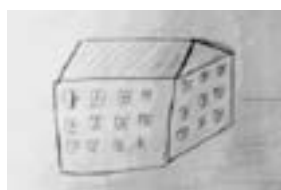
Светлана, 7 лет (ВР)



Наташа, 7 лет (ВР)



Света, 21 год

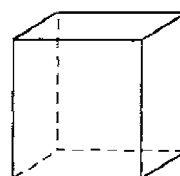


Наташа, 22 года

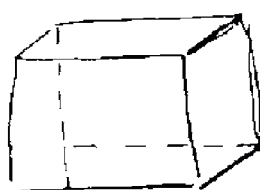
Рис. 2. Результаты теста “нарисуй дом”

пективу (уходящие вдаль линии сближаются), градиент плотности (плотность контуров увеличивается с ростом удаленности), разница относительной высоты (ближние предметы рисуются более высокими чем равновеликие удаленные) и некоторые другие [17]. Усвоение этих признаков происходит у детей после 8 – 10 лет. Потому у детей младшего возраста возникают проблемы с копированием трехмерных изображений: они не могут правильно отразить третье измерение в рисунке. Для изучения этого аспекта пространственных представлений при гипнотической регрессии до возраста 6 лет мы использовали *тест произвольного рисунка дома* и *тест по копированию простейшего трехмерного объекта — куба*.

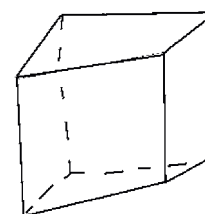
В приведенных иллюстрациях (рис. 2) мы видим, что Светлана изобразила дом при регрессии без использования графических приемов создания объемности, которые использовала при рисовании без гипноза. Однако Наталья и при регрессе нарисовала дом с использованием вышеуказанных приемов. В последствии стало известно, что Наталья освоила данные изобразительные приемы уже в 5 лет, а Света — только в школе. Это демонстрирует необходимость персо-



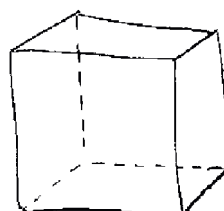
Стимульный материал



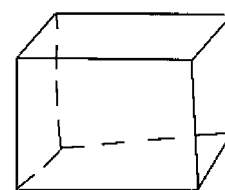
Светлана, 7 лет (ВР)



Наташа, 7 лет (ВР)



Света, 21 год



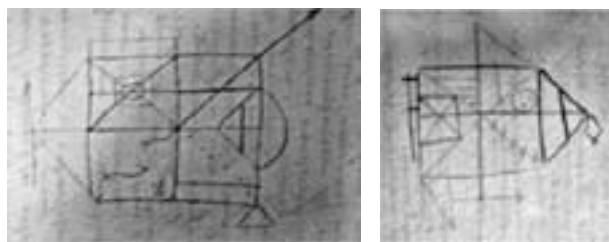
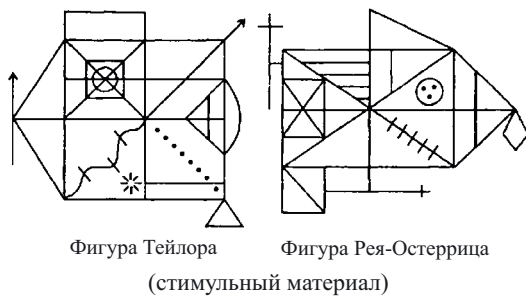
Наташа, 22 года

Рис. 3. Результаты теста копирования куба

нализированного подхода при интерпретации результатов психологических исследований.

При копировании куба затруднения с отображением третьего измерения возникли у обеих испытуемых, чего не наблюдалось в контроле.

• Для изучения зрительно-пространственного синтеза и способности построения и воспроизведения целостного образа используется *тест копирования фигур Рея-Остеррица и Тейлора*. Установлено, что до 6 лет ребенок этот тест выполнить не может. В возрасте от 6 до 12 лет тест выполняется, но допускается ряд неточностей. В первую очередь не соблюдаются пропорции. Пропорциональные размеры рисунков совершенствуются и буквально “вырастают” вместе с ребенком.



Светлана, 7 лет (ВР)

Наташа, 7 лет (ВР)

Рис. 4. Результаты теста по копированию фигур Рея-Остеррица и Тейлора

Результаты демонстрируют (рис. 3), что данный тест испытуемые выполняют как совершеннолетние. Однако было отмечено, что сразу после выполнения задания испытуемые спонтанно выходили из состояния транса. Это говорит о том, что для выполнения столь сложного задания им было необходимо уменьшить глубину транса.

ВЫВОДЫ

В серии экспериментов было установлено следующее:

1) Пространственное восприятие при гипнотической возрастной регрессии соответствует целевому возрасту регресса и качественно отличается от восприятия в неизменном состоянии сознания.

2) При интерпретации результатов психологических исследований необходим персонализированный подход, опирающийся на катamnестические данные и учитывающий индивидуальные особенности нервно-психического развития.

3) Для выполнения сложных заданий человек, находящийся в сомнамбулической стадии гипноза, вынужден подключать элементы сознания, тем самым самостоятельно изменяя глубину транса в сторону ее понижения. А при этом истинная возрастная регрессия невозможна, и мы наблюдаем симуляцию, что и подтверждается соответствующим опытом.

4) Важным моментом в индукции регрессивных состояний является контроль отсутствия факторов, связывающих сомнамбула с настоящим. В первую

очередь надо проводить дезидентификацию голоса гипнотизера в сознании сомнамбула, что необходимо для полной переориентации в пространстве и времени. Если же какие-то напоминающие о настоящем раздражители сохраняются, то формирующийся при этом интрапсихический конфликт делает невозможной истинную регрессию, и мы наблюдаем симуляцию. К подобным выводам приходит и известный гипнотерапевт Милтон Эриксон [18]. Неучтение данного важного факта, а так же отсутствие внимания к возможности самопроизвольного изменения глубины транса и ригидный неперсонализированный подход объясняют разноречивость результатов предыдущих исследований, в которых не учитывалась необходимость разграничения состояния истинной возрастной регрессии от симуляции при однотипных формулах индукции.

ЛИТЕРАТУРА

1. Руженков В. А. Основы клинической гипнотерапии. Ростов н/Д: Феникс, 2005.
2. Kline M. V. Hypnotic retrogression: A neuropsychological theory of age regression and progression. // J. of Clinical and Experimental Hypnosis, vol. 1, p. 21 – 28.
3. Aravindakshan K. K., Jenner F. A., Souster L. P. A study of the effects of hypnotic regression on the auditory evoked response. // International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis, 1985, vol. 36, p. 89 – 95.
4. McCranie E. J., Crasilneck H. B., Teter H. R. The electroencephalogram in hypnotic age regression. // Psychiat. Quart. 1955, vol. 26.
5. Schwarz B. E., Bickford R. G., Rasmussen W. C. Hypnotic phenomena, including hypnotically activated seizures, studied with the electroencephalogram. // New Ment Dis, 1955, 122:564.
6. Cidro-Frank L., Bowersbutch M. K. A study of the plantar response in hypnotic age regression. // New. Ment. Dis, 1948, 107:443.
7. Barber T. X. Hypnotic age regression: A critical review. // Psychosomatic Medicine, 1962, vol. 24(3), p. 286 – 299.
8. Edmonston W. E. An experimental investigation of hypnotic age regression. // Amer. J. Clin. Hypnosis, 1960, 3:127.
9. Lecron L. M. The loss during hypnotic age regression of an established conditioned reflex. // Psychiat. Quart. 1952, 215:657.
10. Sarbin T. R. Mental changes in experimental regression. // Pers. 1950, 79:221.
11. Taylor A. The differentiation between simulated and true hypnotic regression by figure drawing. Master's thesis. The college of the City New York, 1950.
12. Orne M. T. The mechanisms of hypnotic age regression: An experimental study. // J. Abnorm. Soc Psychol. 1951, 46:213.
13. Sarbin T. R., Farberow N. L. Contributions to role-taking theory A clinical study of self and role. // J. Abnorm. Soc. Psychol. 1952, 47:117.
14. Crasilneck H. B., Michael C. M. Performance on the Bender under hypnotic age regression. // J. Abnorm Soc. Psychol. 1957, 54:319.
15. Spanos Nicholas P., Ansari Ferhana, Stam Henderikus J. Hypnotic age regression and eidetic imagery: A failure to replicate. Journal of Abnormal Psychology, 1979, 88:88.
16. Семенович А. В. Нейропсихологическая диагностика и коррекция в детском возрасте. Москва, АСАДЕМА, 2002.
17. Брауэр Т. Психическое развитие младенца. 2ое издание. М., "Прогресс", 1985.
18. Эриксон М. Глубокий гипноз и его индукция. "Экспериментальный гипноз", McMillan Press., 1952, pp. 70 – 114.

Права человека, вопросы медицинской этики и испытания медицинских препаратов в России Интервью о законопроекте “О биомедицинских исследованиях”

Известно, что в Росздравнадзоре была создана рабочая группа для разработки поправок в ФЗ “О лекарственных средствах”. Одновременно с этим в конце 2007 г. в Государственную Думу депутатами от партий “Единая Россия” и “Справедливая Россия” В. М. Zubовым и С. И. Колесниковым был внесен законопроект № 471650-4 “О биомедицинских исследованиях”, предлагающий новые правила клинических испытаний лекарственных препаратов. Данный проект вызвал много споров, обсуждался в прессе. В результате его вернули “субъекту права законодательной инициативы” как несоответствующий требованиям Конституции Российской Федерации. Однако, в связи с важностью заявленной темы, а также в связи с тем, что попытки расширить контингент потенциальных участников испытаний медицинских препаратов делаются достаточно часто, мы считаем важным опубликовать интервью¹, которое президент Санкт-Петербургской Гражданской комиссии по правам человека Роман Чорный взял 17 января 2008 г. у кандидата юридических наук, магистра сравнительного правоведения Ольги Михайловны Щуковской по поводу данного законопроекта.

Р. Ч.: Ольга Михайловна, расскажите, пожалуйста, нашим читателям о законопроекте, внесенном в Государственную Думу депутатами В. М. Zubовым и С. И. Колесниковым.

О. Щ.: ... Наиболее критическими представляются следующие положения законопроекта:

1) расширение круга лиц (“участники исследований”), на которых могут быть испытаны биомедицинские препараты, и связанная с этим проблема получения информированного согласия на участие в исследовании, 2) компетенция “комитетов по этике” при существующем уровне профессиональной этики исследователей и контролирующих органов, 3) порядок возмещения причиненного исследованиями ущерба здоровью.

... Законодательная инициатива ратует за разрешение испытаний новых, в том числе психотропных, препаратов на детях, подростках, на психиче-

ски больных и лицах, признанных невменяемыми (ст.ст. 24 – 27) — одним словом на тех гражданах, которые, в силу возраста или состояния здоровья, не в состоянии или лишены права самостоятельно распоряжаться своим здоровьем. Действующий Федеральный закон от 22 июня 1998 г. № 86-ФЗ “О лекарственных средствах” рассматривает исследования на детях как исключение из правила — запрещая их в принципе, за исключением строго прописанных в законе случаев и на определенных им условиях.

Рассматриваемый же законопроект предлагает разрешить биомедицинские исследования на несовершеннолетних без оговорок о том, имеют ли они родителей или нет... Для нового закона несовершеннолетние, а также психически больные — это лишь пункты в списке категорий “уязвимого контингента”, на которых допустимы испытания (Статья 24).

Р. Ч.: А каковы, на Ваш взгляд, мотивировки разработчиков законопроекта?

О. Щ.: Одна из известных мотивировок авторов в пользу таких законодательных проектов заключается в следовании международной практики в данной области, а именно, резолюции Всемирной Организации Здравоохранения (ВОЗ) о значимости и необходимости клинических исследований в педиатрии, и закона, принятого Европарламентом, о существенном расширении таких испытаний в ЕС. При этом отметим, что уровень жизни, материальное положение потенциальных участников био- и мед. испытаний, как и уровень оказания медицинской помощи, в странах ЕС несоизмеримо выше, чем в России — а ведь именно эти факторы с необходимостью будут влиять на решение человека подвергнуть себя мед. эксперименту. Кроме того, для того, чтобы любой национальный закон имел моральные и материальные права на существование нужна надлежащая реализация гарантий в области защиты прав человека в данной конкретной стране.

... И европейскому сообществу и нам самим в России известно, насколько мы далеки от уровня стандартов в обеспечении прав человека по сравнению со странами европейского экономического сообщества, где Европейская Конвенция действует уже более полвека. Таким образом, для регулирования данного вида

¹ Интервью публикуется с сокращениями, сделанными редакцией.

деятельности (био- и медицинских экспериментов на человеке) в западно-европейских странах уже сложилась совсем иная и правовая, и экономическая и, что немаловажно, этическая база, чем та, которой располагает Россия.

Наконец, “европейские” параллели в данном деле некорректны в силу крайне высокого, по сравнению с развитыми странами, процента детей и взрослых, содержащихся, соответственно, в детских домах, интернатах, в психиатрических и психоневрологических учреждениях различного типа. Число психиатрических клиник и, соответственно, содержащихся в них граждан — потенциальных участников медицинских исследований у нас несоизмеримо выше, чем в Европе. В России также значительно больше детей, остающихся без попечения родителей, родственников, без семьи и поэтому попадающих в воспитательные и иные учреждения. Законопроект предлагает, что за таких несовершеннолетних решение об испытании на них препаратов, включая психотропные, будут принимать администрации этих учреждений.

Р. Ч.: Ольга Михайловна, Вы специализируетесь в области соблюдения прав, гарантированных Европейской Конвенцией по правам человека (ЕКПЧ). Прокомментируйте, пожалуйста, законопроект “О биомедицинских исследованиях” с точки зрения соответствия ЕКПЧ.

О. Щ.: Граждан, содержащихся в психиатрических учреждениях, Европейская Конвенция рассматривает как находящихся “в руках властей”, лишенных или существенно ограниченных в свободе и личной неприкосновенности. Отсюда и гарантии, которыми наделяет их Ст. 5 Конвенции, требуя жесткого судебного контроля за основаниями и сроками содержания граждан в условиях “несвободы”. Зависимое положение лиц, лишенных или ограниченных в свободе за совершение преступлений, объясняет исключение их из числа тех, кто может быть участником био- и медицинских экспериментов. В подтверждение этого, законопроект в Ст. 23 запрещает проведение исследований с привлечением в качестве участников лиц, задержанных, отбывающих наказание в виде ограничения свободы, ареста, заключенных под стражу, отбывающих наказание в местах лишения свободы либо административный арест.

...Законные представители ребенка, не являющиеся его родителями (кровными или приемными), не способны заменить ребенку семью. Наивысший уровень (хотя и не всегда максимальный в силу материальных, интеллектуальных и нравственных возможностей) защиты интересов ребенка способна обеспечить только семья. Положения ныне действующего закона “О лекарственных средствах” в отношении несовершеннолетних объективно оправданны — испытания препаратов на детях, не имеющих родителей, запрещены. Чтобы “преодолеть” существующий общий

принцип запрета испытаний лекарств на детях и категорическое запрещение испытаний препаратов на детях-сиротах нужно соответствующее обоснование, которое в законопроекте отсутствует.

Р. Ч.: Европейский суд по правам человека большое внимание уделяет соблюдению статьи 3 ЕКПЧ, гарантирующей гражданам защиту от жестокого и унижающего достоинство обращения и наказания. Гарантирует ли законопроект “О биомедицинских исследованиях” соблюдение статьи 3 ЕКПЧ при проведении биомедицинских исследований в России?

О. Щ.: Неприемлемой выглядит норма Статьи 28 “Исследования в чрезвычайных клинических ситуациях”, допускающая испытания препаратов на человеке, находящемся без сознания с “последующим получением отсроченного информированного согласия”. Благими намерениями, как известно, ... Этой нормой вводится еще одна категория лиц, за которых решение об участии их в медицинских экспериментах будут принимать другие: это лица, которые, в силу своего состояния “на данный момент”, не способны к волеизъявлению. Тревожно, что такое, по законопроекту, возможно не только при отключенном сознании человека, но и в случае, если он находится под действием психотропных препаратов. Более того, этот список лиц является открытым: авторы законопроекта зачисляются неким “и т.п.”

...Особенно поражает, что авторы предлагают урегулировать порядок, правила получения отсроченного согласия подзаконными, ведомственными актами (!): “В таких случаях применяются специальные правила получения отсроченного согласия, определенные и одобренные комитетом по этике” (Ст. 28). Стало быть, если процедура получения обычного информированного согласия с определенной долей детальности отражена в законе, то в наиболее критических ситуациях, когда права невольного и недобровольного участника исследований затрагиваются наиболее существенным образом, действующие здесь правила получения отсроченного согласия вообще не будут преданы гласности, не станут предметом обсуждения в парламенте страны...

Р. Ч.: Ольга Михайловна, могли ли бы Вы вернуться к теме информированного согласия на проведение исследований ввиду исключительной важности этого вопроса?

О. Щ. Что касается “информированного согласия” на участие в исследовании, законопроект посвящает этому ст.ст. 4, 17 – 21. Здесь есть существенные проблемы. Давая в Статье 4 понятие “информированного согласия” как подтверждение участником исследования своего добровольного согласия на участие в данном исследовании после ознакомления с информацией, касающейся данного исследования, законопроект здесь умалчивает (или пропускает как несущее

ственное), что такое подтверждение может исходить не только от “участника исследований” но и от “законных представителей” тех из них, которые не способны дать согласие на участие в исследовании — речь идет о несовершеннолетних, не достигших 14-ти лет, либо лицах, признанных недееспособными в установленном законом порядке.

... Далее, непонятна позиция авторов законопроекта о том, кого же считать “лицами, не способными дать согласие”. Если Статья 4 “Основные понятия” определяет их как лиц, не достигших 14 лет либо признанных недееспособными, то Статья 26 относит сюда всех несовершеннолетних (т.е. тем, которым не исполнилось 18 лет) и всех лиц, страдающих психическими и умственными расстройствами, по существу, независимо от того, признаны ли они в установленном порядке недееспособными.

Р. Ч.: Полностью согласен с Вами. У меня эта идея вызывает ассоциации с опытами доктора Менгеле в нацистских концлагерях. Там тоже никто не спрашивал согласия у дееспособных испытуемых на проведение на них испытания медицинских экспериментов.

О. Щ.: В отношении порядка получения согласия граждан на исследование биомедицинских препаратов. Данный законопроект вносится в условиях, когда действующий в российском здравоохранении порядок получения согласия больных на лечение (на проводимое им лечение и качество информирования больных о применяемых к ним методах лечения и о возможных результатах и побочных эффектах такого лечения) вызывает серьезное беспокойство.

Исследования мед. препаратов по определению несут в себе риски для здоровья человека и сопряжены с необходимостью строго следовать волеизъявлению “участника исследования” на предмет его согласия на испытание/исследования и на их продолжение. Нарушение принципа “свободного волеизъявления” при проведении мед. испытаний над человеком требует привлечение гарантий, провозглашенных, в частности, в Ст. 3 Европейской Конвенции, запрещающей применение пыток и другого жестокого и унижающего человека обращения и наказания.

... Для целей проведения мед. испытаний согласие должно быть не только свободным, но и информированным, то есть участник эксперимента должен в максимально возможной степени знать и осознавать и сам факт проведения испытаний на его организме, и иметь информацию о предполагаемых последствиях, и быть способным оценить вероятность и масштаб риска, находящегося за пределами имеющихся научных знаний о данном препарате или методе лечения. Таким образом, объектами исследований принципиально могут становиться только люди, которые в состоянии провести эту рациональную работу, сделать выбор и на его основе высказать свое согласие или

несогласие на проводимый эксперимент. При этом, полностью исключается любая (физическая, экономическая, служебная, моральная и т.п.) зависимость человека как от “исследователя” (т.е. от тех, кто проводит мед. эксперимент), так и от лечащего врача и администрации лечебного учреждения. Только такое волеизъявление следует считать подлинно свободным, добровольным и информированным.

... Обращает на себя внимание то обстоятельство, что, когда речь идет о детях-пациентах психиатрических учреждений и людях, признанных недееспособными, то в правовом смысле их положение, в свете рассматриваемого вопроса, выглядит еще более тяжелым: решение о согласии на применении к ним препаратов и других методов лечения находится в руках опекунов и попечителей, в лице которых часто выступают образовательные и социальные учреждения (детские дома) или сами же психиатрические учреждения (вернее, их администрация). В данной ситуации, правовая и физическая уязвимость этой категории граждан становится очевидной.

... Если допустить, что согласие на лечение/испытание препаратов получено на подлинно добровольных условиях и не продиктовано вынужденным положением человека, то, как правило, мы имеем дело со следующей картиной: данной процедуре придается сугубо протокольное значение (“читайте — подпишите”), не учитывая ни фактора объективно ограниченных знаний человека в этой специальной области, ни его способности понять и оценить предлагаемую информацию. При этом человек, как правило, крайне ограничен во времени и, по факту, находится в стрессовой обстановке, равно как на собственно “разъяснение” медицинских и, немаловажно, юридических последствий отказа от лечения или от определенных его методов времени уделяется также непростительно мало, если уделяется вообще.

Представляется бесспорным, что практика получения согласия на участие в биомедицинских исследованиях с неизбежностью будет нести на себе черты, присущие нынешней процедуре получения согласия на лечение вообще (не связанного с мед.экспериментом). Особенно это касается наиболее уязвимых граждан — детей и пациентов психиатрических учреждений.

Р. Ч.: Гарантирует ли законопроект “О биомедицинских исследованиях” возможность проведения этической экспертизы?

О. Щ.: Разработчики указанного закона в Статье 5 “Государственная политика по защите прав и достоинства человека в исследованиях” и в Статье 6 “Общие требования по обеспечению безопасности исследования” среди основных принципов, обязательных к соблюдению при проведении биомед.испытаний, обозначают и “выполнение всех профессиональных требований и стандартов, установленных законодате-

Интервью о законопроекте “О биомедицинских исследованиях”

льством Российской Федерации по отношению к этому виду деятельности”. Необходимым условием проведения экспериментов законопроект определяет проведение “независимой этической экспертизы” силами “комитета по этике”, чья работа, в свою очередь “инспектируется” Правительством РФ (Статьи 10 и 11). Данные положения — это тоже, своего рода, калька европейских законов и практики. Российская же реальность такова, что собственно профессиональные стандарты и нормы профессиональной этики мед.персонала и научных работников, находятся лишь в “младенческом возрасте”. Эти нормы, как и система “корпоративной” дисциплинарной ответственности врачей и других специалистов, лишь формируются, и потому они еще не способны выполнять свою задачу.

Р. Ч.: Могут ли пострадавшие от нарушений их прав в результате проведения биомедицинских исследований реально рассчитывать на возмещение ущерба в соответствии с гарантиями, предоставляемыми законопроектом?

О. Ш.: После всех развернутых и оптимистично звучащих гарантий о защите прав участников исследований, в том числе, о защите прав лиц, неспособных дать осознанное информированное согласие, законопроект крайне скупно высказывается на тему о возмещении ущерба, причиненного гражданам в результате проведенного/проводимого исследования. По моему убеждению, законопроект не содержит норм, в должной мере гарантирующих участнику исследования компенсацию такого ущерба и, вследствие этого, принятие его в настоящем виде невозможно.

Р. Ч.: Между тем, на что вправе рассчитывать обыкновенный человек, оказавшийся на больничной койке или ставший участником эксперимента в других не-больничных условиях, будучи неспециалистом в юридических, фармацевтических и финансовых вопросах?

О. Ш.: Совершенно очевидно, что, зная, что данные исследования проводятся с ведома государства и им, так сказать, одобрены, он вправе рассчитывать и на его помощь в случае, если он от этих исследований пострадает. Нетрудно представить, что, окажись исследователь банкротом к моменту возникновения обязанности осуществить выплаты по компенсации ущерба, пострадавший участник исследований не получит ничего. Также, совершенно ясно, что задача любого эксперимента выходит за рамки помощи и положительного результата для конкретного лица, а человек, на организме которого испытываются мед. средства, вполне способен осознавать, что делается это не только и не столько ради его здоровья, а ради

более широкого круга лиц, ради научно-исследовательской идеи как таковой, которая, в свою очередь, должна принести благо государству в целом. Собственно, сам законопроект в Статье 5 предусматривает, что государственная политика в области защиты прав и достоинства участников исследований осуществляется с соблюдением таких принципов, как: исследования с участием человека обоснованы перспективой получения нового научного знания, существенного для улучшения биомедицинской практики, и отсутствием другой возможности получения такого знания; проведение исследований, участие в которых не предусматривает непосредственной пользы для конкретного участника исследования и направлено на получение результатов и знаний, которые могут быть использованы для улучшения здоровья других лиц или прогресса науки.

Следовательно, прямая заинтересованность государства в данном деле налицо и с именно таким пониманием дела человек подвергает себя исследованиям препаратов. Кроме того, материальная заинтересованность государства здесь тоже налицо — исследователи (фармакологические компании) платят государству за возможность провести испытания препаратов в данной стране. Таким образом, здесь, в юридическом смысле, есть основания говорить уже не о частно-правовых, а о публично-правовых отношениях. Более того, именно и только в руках государства, в лице его органов (в частности, комитеты по этике), “одобряющих проведение исследований” (см. Ст. 7) и, таким образом, “допускающих” данных исследователей на “рынок” био-мед. экспериментов над людьми, находится возможность, равно как и обязанность, установить действительное положение дел исследователя: наряду с информацией фармакологического характера об испытываемых исследователем препаратах, проверить его юридический статус, его репутацию, его историю (опыт, случаи привлечения к ответственности ранее и т.п.), его финансовое положение.

... Убеждены, что государство не имеет права перекладывать все риски на гражданина-участника исследований. Вопрос, в какой-то степени, мог бы решиться страхованием — страхования своей ответственности, страхования жизни и здоровья участников испытаний. Подчеркнем, что для исследовательской организации страхование ответственности может и должно быть обязательным. Другим (причем, дополнительным, а не заменяющим страхование ответственности исследователя и страхования здоровья участника исследования) средством обеспечения гарантий компенсации человеку ущерба могло бы стать формирование специального фонда из средств государства и исследователей на возмещение ущерба, причиненного здоровью участника исследований.

120 лет Рязанской областной клинической психиатрической больницы им. Н. Н. Баженова

В 1881 году Рязанская земская управа по решению Земского собрания приобрела в 2,5 верстах от города в селе Голенчино 111 десятин для постройки психиатрической больницы. По плану, составленному архитектором профессором Штромом и утвержденному профессором Балинским, предполагалось открыть лечебные корпуса на 50 коек и приют для хроников на 140 коек. К строительству больницы приступили в 1885 году. В материалах госархива Рязанской области имеется личное дело Н. Н. Баженова, которое отражает его профессиональную и общественную деятельность в г. Рязани. В связи с предполагаемой постройкой психиатрической больницы, Рязанское земство обратилось в Медицинский департамент с просьбой о назначении директора больницы. 13 июля 1885 года на этот пост был предложен молодой, энергичный и эрудированный Н. Н. Баженов.

Н. Н. Баженов родился 11 (23) августа 1857 г. в Киеве, в семье офицера. В 1876 году поступил на медицинский факультет Московского университета. Во время учебы начал проявлять интерес к душевным заболеваниям. В 1881 году закончив университет с золотой медалью, стал докторантом Преображенской больницы в Москве. **Н. Н. Баженов был первым российским “чистым” психиатром**, т.к. ранее специалистами в этой области были неврологи. В 1883 году был командирован для специализации за границу. Работал у Шарко в Сальпетриере, у Маньяка в больнице Св. Анны. Уже тогда уделял огромное внимание организации психиатрической помощи и строительству больницы.

Земским собранием Н. Н. Баженов 17 августа 1885 года был утвержден организатором губернской больницы с самостоятельным управлением дома умалишенных. Он постепенно переводит больных из городских лечебниц во вновь строящуюся. Спокойных больных вовлекали в строительство, они делали мебель, шили одежду. 15 августа 1888 года был осуществлен окончательный перевод 200 больных из губернской земской больницы, а 1 октября получена санкция официального признания. Два каменных корпуса с калориферным отоплением и электрическим освещением предназначались для свежезаболевших. Вторые этажи занимали пансионы для платного содержания больных. В четырех бараках размещались хронические душевнобольные.

В больнице работали 4 врача (включая директора). В отделениях был надзиратель (фельдшер или медицинская сестра), помощник надзирателя, служители и сиделки, которые комплектовались из расчета на 40 пациентов. Для врачей были построены три квартиры. Надзиратели жили в отдельных комнатах при отделениях, а прислуге приходилось спать в ваннах, подвалах и даже на свободных койках в палатах. Питание для сотрудников готовилось больницей на 10 копеек, на лечение больного отпускалось 5 копеек. Тяжелые условия труда вызывали большую текучесть кадров. Скудность финансирования не позволяла даже проводить общесоматическое лечение.

В январе 1887 года Н. Н. Баженов участвовал в I съезде врачей-психиатров в Санкт-Петербурге, где высказал свои соображения по семейному патронажу больных, но не встретил ответного энтузиазма как коллег, так и в дальнейшем Рязанского земства. Однако Н. Н. Баженовым и врачами больницы осуществлялись возможные принципы нестеснения — не применялись горячечные рубашки, в изолятор переводили крайне редко и на короткий срок, больным разрешались прогулки по саду и даже по городу, использовались все виды сельскохозяйственного труда для реабилитации больных.

Наряду с ранней госпитализацией больных, одним из принципов Н. Н. Баженова было **введение прибольничного патронажа**, когда пациенты жили в крестьянских семьях и продолжали наблюдаться врачом. Однако потребность в психиатрических койках нарастала. Так, по отчетным данным за 1909 г. на 01.01.10 г. в больнице оставалось 685 человек, а число призываемых в семьях крестьян составило 165 человек в с. Никуличи и 42 человека в с. Голенчино. В связи с этим были построены еще два корпуса на 140 человек.

Конфликты с руководством Земской управы г. Рязани привели к тому, что в 1890 г. Баженов переходит на службу в Москву и направляется для дальнейшей деятельности в Воронежскую губернскую психиатрическую больницу. Затем с 1904 г. возглавляет Преображенскую больницу в Москве.

В последние годы в Рязани Н. Н. Баженов возглавлял общество рязанских врачей. За время пребывания на этом посту он провел 7 заседаний, сделал 13 сообщений. Им были организованы публичные лекции для населения города и расширен Устав Общества ря-

занских врачей. Современники вспоминали: “Крупный ученый, такой же организатор психиатрического дела, он в нашем обществе вскоре занял выдающееся положение”. После отставки Н. Н. Баженова больницу возглавил барон Кридинер.

Годы революции и гражданской войны тяжело сказались на судьбах больных и сотрудников больницы. Так, в 1919 году от сыпного тифа умерла большая часть больных и врачей.

В 1920 – 30 годы начинается период возрождения больницы. Стационар пополняется новыми подготовленными кадрами, вводятся активные методы лечения. Выделены в отдельные службы детское отделение, отделение для лечения больных алкоголизмом, неврологическое, патологоанатомическое и др. Проводилась диспансеризация промышленных рабочих. В 1940 г. больница приняла на лечение 100 пациентов, эвакуированных в связи с угрозой фашистской оккупации из психиатрической больницы польского города Белостока. Работу в этом отделении возглавлял эвакуированный больных академик О. В. Кербигов.

Особенно сложным периодом работы больницы были годы Великой Отечественной войны. Пятеро врачей, большинство персонала ушли на фронт. Возникли сложности с питанием, отоплением, лекарственным снабжением. В отделениях свирепствовала цинга, и для борьбы с истощением и авитаминозом применялись пищевые дрожжи, которые давались на третье блюдо. Персонал вместе с больными работал на торфоразработках. Торф сушили и вывозили на тележках собственными силами. Приходилось ежедневно и экстренно решать вопросы военно-психиатрической экспертизы, лечить психически заболевших воинов и раненых. В одном из корпусов было развернуто специализированное отделение для обслуживания Польской дивизии им. Тадеуша Костюшко, позднее в нем лечились солдаты различных частей Советской Армии. В период с 15.10.39 г. по 27.08.46 г. больницу возглавлял Л. Л. Соколов, в дальнейшем сотрудник НИИ психиатрии МЗ РФ.

Будучи головным учреждением, Рязанская областная психиатрическая больница стала базой, на которой сформировалась психиатрическая служба области. При активном участии сотрудников больницы открываются Шацкая, Назаровская больницы, больница в с. Красное. Организуется стационар для психически больных туберкулезом в с. Клеточки Скопинского района. В это время больницу возглавляет П. К. Симонов, в дальнейшем руководитель областного управления здравоохранения.

В 1952 году при больнице открылось диспансерное отделение, ставшее в дальнейшем самостоятельным Рязанским областным клиническим психоневрологическим диспансером, который возглавляли известные в РФ психиатры: д. м. н. Е. Д. Красик, а затем заслуженный врач РФ М. И. Владимирова. С 1951 года на территории больницы размещена кафедра психиат-

рии РГМУ им. И. П. Павлова, которую за время работы возглавляли видные деятели психиатрической науки, проф. А. К. Стрелюкин, В. И. Григорьев.

В 1960 году больница имела 1100 коек. В ней работали 48 врачей. В период с 1986 по 1988 годы в строй введен новый 500-коечный комплекс, что позволило значительно улучшить условия пребывания пациентов. В 1988 году больнице было присвоено имя ее основателя Н. Н. Баженова. В это время больницу возглавлял Заслуженный врач РФ Владимир Михайлович Савин. Много было сделано: открылось отделение пограничных состояний, было расширено детско-подростковое отделение. К сожалению, ранняя смерть главного врача не позволили выполнить многие важные для больницы проекты.

С 1994 года больницей руководит Заслуженный врач РФ А. П. Кольцов. Несмотря на существенные экономические трудности того периода, введено в эксплуатацию новое здание приемного покоя и клинико-диагностической лаборатории. Пройдя через тяжелые годы экономических реформ, коллектив больницы не только не растерял своих сотрудников, но и вырастил молодые высококвалифицированные кадры.

Последнее десятилетие в работе больницы существенное место вновь стало занимать реабилитационное направление. Создано лечебно-реабилитационное отделение. Приняты в штат больницы специалисты по социальной работе. Учреждение принимало участие в реализации совместной **российско-канадской программы “Общественная реабилитация в психиатрии”**. В 2004 году **начала работу одна из первых в России программ защищенного жилья “Дом на половине пути”**.

Больница стала местом учебы и практики для учебных заведений города, выпускающих специалистов по социальной работе и социальных работников.

С 1 декабря 2006 года в составе ГУЗ РОКПБ им Н. Н. Баженова был создан и начал функционировать **Центр судебно-психиатрических экспертиз**. Центр СПЭ разместился на базе 4-го общепсихиатрического отделения. В его состав вошли амбулаторное судебно-психиатрическое отделение и стационарное судебно-психиатрическое отделение на 20 коек для лиц, не содержащихся под стражей. На базе ЦСПЭ проводится обучение студентов, врачей-интернов, клинических ординаторов и врачей-курсантов ФПДО медицинского университета, слушателей юридического факультета Рязанской академии права и экономики МЮ РФ и Рязанского филиала Московского института МВД РФ.

Наш опыт внедрения новых форм лечебно-реабилитационной и экспертной работы востребован коллегами. Мы поддерживаем и развиваем связи, учимся, обмениваемся опытом с ведущими научными учреждениями и психиатрическими службами многих регионов страны.

В последние годы с улучшением ситуации в экономике стала улучшаться и жизнь нашего учреждения. Ведется строительство нового корпуса на 120 коек взамен корпуса гериатрического отделения, ведутся ремонтные работы практически во всех корпусах, существенно улучшилась ситуация с медикаментозным обеспечением и питанием пациентов, много делается для благоустройства территории.

Юбилей — повод оглянуться назад, подумать о своей истории и с надеждой посмотреть в будущее. Рязанская психиатрическая больница была и остается надежным, чутким и заботливым другом для всех, нуждающихся в ее помощи.

М. Л. Белоусова

Троицкой психиатрической больнице 100 лет

От редактора. В живописнейшей местности, в 70 км от Москвы, где Борис Пастернак написал свой первый стихотворный сборник (дер. Молоди), в 10 км от станции Столбовая, по пути в Чехов (Лопасню), неподалеку от усадьбы Черткова, где часто бывал Лев Толстой, расположились две самые большие психиатрические больницы центрального региона России: Областная психиатрическая больница им. В. И. Яковенко и Городская психиатрическая больница № 5 (Троицкое-Антропово), а еще в 10 км — Городская психиатрическая больница № 2 им. О. В. Кербикова (Добрыниха) — база Центра им. В. П. Сербского.

Троицкая больница изначально строилась как окружная, одна из так называемых больниц-монстров, в силу своей огромности. Мастерский архитектурный проект сделал ее похожей на замок, приветливый для одних и мрачный для других — ее обитателей. Ведь здесь осуществляется принудительное лечение психически больных со всей Москвы.

Здесь традиционно был сильный врачебный коллектив, хранивший старье, еще дореволюционные уставы, сюда регулярно приезжали самые видные консультанты.

Переведенный сюда в 1973 году из Ленинградской спецпсихбольницы строгого режима (“на Арсенальной”) генерал П. Г. Григоренко был впечатлен доброжелательным отношением к себе врачей.

Такого рода традиция в столь трудных условиях — главное, чем можно гордиться и что важно продолжать.

Исполнилось 100 лет одному из крупнейших в нашей стране психиатрическому стационару — психиатрической больнице № 5 Департамента здравоохранения г. Москвы — стационару, имеющему свое лицо, свой уникальный, по сути беспрецедентный в мировой практике опыт работы с опасным психиатрическим контингентом в столь большой концентрации (все 2010 штатных коек для принудительного лечения, в т.ч. 1540 — специализированного типа).

Больница была построена в с. Троицкое Московской области (сегодня — Чеховский р-н Московской области), и 28 сентября 1907 г. приняла первых пациентов.

С момента своего основания в 1907 году она имела специализированный характер, т.к. “...должна использоваться для содержания и призрения душевнобольных — особо опасных преступников, как осужденных, так и находящихся под следствием; для испытания умственных способностей лиц, помещенных судом; а также для призрения и пользования душевнобольных неизлечимых и опасных для общества” (Из положения о больнице 1907 г.).

За свой век она видела смену трех общественно-экономических формаций — Самодержавную Рос-

сию, Союз социалистических Республик, и современную демократическую Российскую Федерацию, пережила гражданскую и две мировые войны, периоды репрессий, застоя и перестроек, воинствующий атеизм и возвращения к вере.

Менялись названия больницы, соподчиняемость ее то Московскому, то Московскому областному здравоохранению, однако ее предназначение — лечение опасных психически больных оставалось неизменным.

В 1919 году она именуется как “Московская психиатрическая колония”, в 1935 — “Московская загородная психиатрическая больница”, и только с середины 50-х годов стала называться психиатрической больницей № 5 в системе Московского здравоохранения.

Принудительное лечение, как мера медицинского характера, введено в больнице с 1928 года. Количество этих пациентов было незначительным, и они содержались в общепсихиатрических отделениях.

С момента открытия первостепенное значение придается лечению душевнобольных, их содержанию в наименее для данной категории опасных пациентов ограничительных условиях. Внедряются в практику современные на то время методы лечения: физиотерапевтические процедуры (ванны, души, электротера-

пия, массаж), большое внимание уделяется фармако-терапии и вопросам социальной реабилитации.

В 30-е годы пациентов консультируют известные психиатры: Василий Алексеевич Гиляровский, Михаил Осипович Гуревич, Аким Осипович Эдельштейн и др. В 1940 г. М. О. Гуревич создал здесь клиническую базу Первого Московского мед. института, где он заведовал кафедрой психиатрии. В практику лечения больных вводится инсулин, лечение камфарой и апоморфином, применяется прерывистый амиталовый сон, бромистые клизмы и мединал.

В 1955 году в больнице было открыто медицинское училище, а с 1981 года на ее базе работает филиал повышения квалификации средних медработников. В настоящее время кадровая проблема с медицинскими работниками решена полностью.

Новый этап развития больницы начался в 1972 году с приходом на должность главного врача Владимира Николаевича Козырева. На передний план в лечебных мероприятиях были поставлены вопросы реабилитации, создания в отделениях активизирующей психотерапевтической среды. Разрабатываются методы активной трудовой терапии, активно начинают решаться вопросы социально-правовой помощи пациентам. Улучшается материально-техническое обеспечение, приобретаются современная медицинская аппаратура, медицинская мебель, спортивный инвентарь и т.д. В практику вводится широкий фармакотерапевтический ассортимент.

С 1975 года по инициативе оргметодотдела по психиатрии г. Москвы, который возглавляли в то время Вячеслав Павлович Котов и Галина Михайловна Румянцева в больнице начинается концентрация принудительного лечения. Это была попытка нивелировать огромное количество внутрибольничных чрез-

вычайных ситуаций, которые создавали эти больные в Московских психиатрических стационарах, куда они направлялись в общем порядке по участково-территориальному принципу.

В этом плане концентрация всех пациентов региона на принудительное лечение в одном стационаре (отделении) оказалась оправданной, сократив в разы количество внутрибольничных ЧП.

В 1975 г. было 500 коек для принудительного лечения, 1976 г. — 800, 1978 г. — 1000, 1979 г. — 1150, 1982 г. — 1450, 1988 г. — 2010 — произошло полное перепрофилирование на принудительное лечение общего и специализированного типов.

В своей работе больница взаимодействует с психиатрическими стационарами г. Москвы и рядом региональных психиатрических стационаров, научно-исследовательскими центрами, кафедрами психиатрии, ГНЦССП им. В. П. Сербского, службой ФСИН и т.д. На ее базе проводятся клинические конференции, межрегиональные совещания по вопросам принудительного лечения. Ее врачи выезжают в другие регионы для обмена опытом по вопросам методологии принудительного лечения.

Особое значение в настоящее время придается оказанию пациентам социальной помощи.

Самое главное, что необходимо отметить в 100-летний юбилей — это самоотверженный труд сотрудников, чей высокий профессионализм и гражданское мужество, уважение к пациентам, смелость и самоотдача позволяют больнице стать современным крупным специализированным психиатрическим стационаром г. Москвы и России.

*Заместитель главного врача
по медицинской части
Ю. Т. Каганович*

ЕЖЕГОДНЫЙ СЪЕЗД МЕЖДУНАРОДНОГО ОБЩЕСТВА МЕДИЦИНЫ ЗАВИСИМОСТЕЙ

в сотрудничестве с ВПА

17 – 20 ноября 2008 г., Кейптаун, Южная Африка

office@isamweb.com, nady.el-guebaly@calgaryhealthregion.ca

Светлой памяти Анатолия Кузьмича Ануфриева
— главного врача МОПБ № 5 (1959 – 1962 гг.)

Миф о Гравидане

К 70-летию Московской областной психиатрической больницы № 5. Предистория.

*В сущности нас интересует
в жизни только одно —
наше психическое содержание*

*Иван Петрович Павлов
(Нобелевская речь)*



Вера Игнатьевна Мухина
1889 – 1953

Хотьковский гравидан

Старые жители Хотькова свою психиатрическую больницу до сих пор называют “гравиданом”, хотя уже не знают, что это значит. Этим нерусским словом в прошлом веке назывался чудодейственный лекарственный препарат, которому приписывали свойство панацеи, и который производили здесь.

Слово “гравидан” происходит от латинского “гравидитас” — беременность. Препарат “гравидан” получали из мочи беременных женщин в Институте Уро-гравиданотерапии. Урогравиданотерапия (от уро — моча) — лечение мочей, взятой от беременных людей или животных. (фото: Хлеб. Эскиз скульптуры для Москворецкого моста. 1938 – 1939 гг. Этот убедительный эскиз плодородия созвучен контексту волшебного лекарства от беременных).

Директором Института урогравиданотерапии был знаменитый тогда, а ныне забытый доктор Алексей Анд-

реевич Замков — муж великого советского скульптора В. И. Мухиной. Судьбы этих выдающихся людей неразрывны, обросли мифами и представляют огромный интерес и с точки зрения генеалогии, и с точки зрения живой истории послереволюционной России-СССР. В них не просто как в капле воды, но словно в увеличительном стекле отразилась история становления страны Советов с ее утопическими проектами создания нового общества, новой природы, и “нового человека”. Они сами творили эту историю, а гениальные достижения скульптора Мухиной — например, “Рабочий и колхозница” в образе титанов — стали вечным символом СССР. Наконец, для психиатров и психологов эти жизни сами по себе глубоко интересны. И чем больше погружаешься в них, тем все более проникаешься мыслью Лермонтова, что любая “история души человеческой (хотя бы самой мелкой души) едва ли не любопытнее и не полезнее истории целого народа”. А ведь здесь мы вспоминаем незаурядных



Хлеб. Эскиз скульптуры для Москворецкого моста.
1938 – 1939 гг.

людей — героев советской эпохи, которые сами были ее титанами.

Начнем с *анамнезиса души* самой Веры Мухиной, когда она, уже взрослая, рассматривала свои детские фотографии¹:

“А вот начинаюсь Я. Трое втиснуты в одно кресло. Какая строгость у меня невероятная. Увидев мой детский портрет, одна дама сказала: “соколенок”. А вот здесь мне 10 лет. Белое плиссированное платье... как у барышень... тогда уже выезжали. А вот мы с сестрой верхом в амазонках, лошадей называли Егзой. Отец мой Игнатий Кузьмич Мухин происходил из купеческой семьи. Родовое дело Мухиных пенька, продавалась за границей. Когда мне было 1,5 года, мать умерла от туберкулеза 24-х лет от роду.”

В 14 она осталась круглой сиротой.

Пока подчеркнем неслучайную рефлексию Веры Мухиной по поводу того особенного впечатления “строгости”, хищного птенца “соколёнка”, которое она порой производила на окружающих, начиная с самого первого пробуждения сознания Я, когда дитё умиляет взрослых ангельской безмятежностью.

Родовое имение Мухиных с фабриками и складами находилось в Латвии. После смерти отца, с 14 лет ее воспитанием занялись курские дяди. Свое детство провела в Крыму в Феодосии. Отлично училась в классической гимназии, особенно увлекалась историей отечества. Оборона Севастополя 1855 года глубоко волновала ее, герои этой обороны вместе с Нахимовым и Корниловым навсегда стали для нее живыми и близкими.

В 1909-м, когда Вере исполнилось 20, они с сестрой перебрались в Москву в свой дом на Пречистенке. Вера

¹ Анамнезис — термин Платона, означающий припоминание того, что уже существовало в виде вечных идей.

увлеченно занималась рисованием в студии Константины Юона и затем у Ильи Машкова, где царил ренессанс с культом здоровой жизни, силы и трудолюбия.

В столице Вера Мухина влюбилась. И в этой первой любви или увлечении отразилась ее незаурядная личность. О нем она вспоминала лишь главное для себя: — *“Он был человеком огромного роста, но очень легкомысленный. Любил только лошадей, скачки, светскую жизнь. Верзила, но человек мелкий, маленький. Люблю больших людей. Тургенева никогда не любила. Хорошо, но люди не большие. Не люблю и Чехова, не люблю поэзии маленьких людей...”*

Первый удар судьбы и призвание

А в ту пору юная Вера, предчувствуя свой талант и предназначение, выбирала призвание, которому посвятить жизнь. Но тут ее настигла катастрофа.

Симптоматично, что даже в таком событии, которое оказалось определяющим в выборе призвания и судьбы скульптора, даты называются слишком разные. Так, В. Христофоров в МГ 20.02.2008 г. говорит, что эта беда случилась с В. Мухиной в 14 лет. Еще более удивительно, что ту же дату травмы лица В. И. Мухиной называет ее внучка художник и искусствовед Марфа Замкова в интервью “Российской газете-Неделе” 14 мая 2004 года: “В 14 лет она каталась на санках и разбилась... ей практически оторвало нос”. Однако этому противоречит сама Мухина и точно называет конец 1911 года, когда ей было 22 года. Тем не менее, не стоит считать это и другие противоречащиеся расхождения в ключевых биографических датах каким-то недоразумением или цепью случайностей. Скорее, это характерная черта мифа.

— “В конце 1911 года я поехала на Рождество к дядюшке в имение Смоленской губернии. Там собиралось много молодежи, двоюродных братьев и сестер. Было весело. Однажды мы покатались с горы. Я полулежала в санях, приподняв лицо. Сани налетели на дерево, и я ударилась об это дерево лицом. Удар пришелся прямо по лбу. Глаза залило кровью, но боли не было и сознания я не потеряла. Мне показалось, что треснул череп. Я провела рукой по лбу и лицу. Рука не нащупала носа. Нос был оторван. Я тогда была очень хорошенькой. Первым ощущением стало: жить нельзя. Надо бежать, уходить от людей. Бросились к врачу. Он наложил девять швов, вставил дренаж. От удара верхняя губа защемила между зубами.”

Когда девушку наконец привезли домой, то запретили смотреться в зеркало. Боялись, что, увидев свое обезображенное лицо, она покончит с собой.

“Месяц не снимали повязку, не давали зеркало, и я смотрелась в ножницы. Правая половина лица была больше левой, и я подумала, живут и хуже.”

После лечения в студию Машкова она больше не вернулась, в ноябре 1912 уехала учиться скульптуре и долечиваться в Париж. Там она провела две зимы, занимаясь в академии ученика Родена скульптора Бурделя. Попутно перенесла 7 пластических операций на лице. В результате каких-либо следов, травматических или хирургических рубцов не осталось, но Вера Мухина получила чужое, “мужское лицо”.

Здесь обращает на себя внимание, что с самого начала острой травмы лица все это описывается как личност-

ная катастрофа. И первым ощущением была утрата основы жизни, ее смысла, даже больше — заглядывание в беспросветное будущее: надо теперь “бежать от людей”. Описание серьезной будто бы черепно-мозговой травмы слишком метафорическое, скульптурное — “показалось, череп треснул, нос оторван”; тогда как, ни боли, ни ошеломления от удара не было. Но после этого, как бы в результате травматического уродства лица, — как переживала это Мухина, — не меньшим пертурбациям подверглась и личность: если прежде она чувствовала призвание живописца, то теперь “думала только о скульптуре”, словно вылепленное заново врачами лицо открыло девушке ее истинное предназначение. Она обрела теперь новое призвание в скульптуре, которое стало смыслом ее жизни, а через это и судьбой.

Даже на личной жизни был поставлен “крест”. А если она и снимала этот “крест” и возвращалась к женскому призванию, к любви, то делала это с помощью скульптуры как волшебного ключа. Так, влюбившись в Париже в бомбиста-революционера Александра Вертепова, она твердо решила добиться признания своей гениальности как скульптора с тем, чтобы завоевать его ответную любовь, поскольку совершенно отчаялась в своей женской привлекательности... из-за травмы лица: “У меня мужское лицо. Можно полюбить женщину с мужским лицом?”. И поскольку ответ казался очевидным, то ей не оставалось ничего кроме одержимости поприщем гениального скульптора, поприщем, которое стало для нее всем — и призванием гения, и призванием юной женщины.

Теперь сравним, как она описывает свое лицо спустя год или два после травмы? Если в острый период она описывала результат травмы в терминах асимметрии величин правой и левой половин лица, то теперь в муках безответной любви она — художник-скульптор — говорит о своем лице в сексуальных терминах и задается главным вопросом: “У меня мужское лицо. Можно полюбить женщину с мужским лицом?”. Но так воспринимала себя и думала молодая женщина, которая, как мы уже заметили, и в детстве производила слишком “строгое” впечатление “соколёнка”, что ее вряд ли радовало потом.

А вот, о травматических рубцах после “оторванного носа” и хирургических рубцах после “7-ми пластических операций” на лице нет ни слова. И это не случайно, потому что следов этих не оказалось. Как и в течение всей последующей жизни. Подтверждение этому см. также в указанном выпуске МГ за 2008 год, и так же в интервью внучки Марфы Замковой. С точки зрения пластической хирургии это лишено какого-нибудь вероятия и может быть объяснено только чудом. Стало быть, это вопрос веры, и каждый волен верить в это, или не верить.

Это — первый миф в истории Мухиных-Замковых. И это не удивительно, ведь сущность истории и народов, и личностей неотделима от мифа и мифологична по своей сути (Бердяев).

Но тогда все эти страдания остались тайной сверхволевой девушки, и в 1914 году, выбросив из головы Александра Вертепова, с мечтой сделаться русским Микельанджело она отправилась путешествовать по Италии. С началом войны она вернулась на родину.

Встреча. Война. Революция

Следующий миф касается истории их встречи, сближения, в котором они спасали друг друга от смерти. Как пишет корреспондент МГ Владимир Христофоров, биография Замкова напоминает приключенческий роман. Да, конечно. Но у этого романа не один, а несколько авторов и несколько версий. Отсюда неизбежные противоречия.

По данным анкеты на основании статьи Н. Софроновой и А. Новиковой, А. А. Замков — крестьянский сын, внук крепостного, образование — церковно-приходская школа и уездное училище. С 15 лет — грузчик. Участвовал в революции 1905 года. Затем порвал с эсерами. В 27 сдал экзамен на аттестат зрелости. В 1-й год Германской войны окончил мед. факультет Московского Императорского университета. О своей специальности всегда писал так: хирург, уролог, эндокринолог. С 1927 — лаборант проф. Н. К. Кольцова в его Государственном Институте Экспериментальной биологии.

Из воспоминаний сына, Всеволода Алексеевича Замкова: отец — участник восстания на Красной Пресне в 1905 году, боевик, близкий к Л. Б. Красину, М. Ф. Андреевой и А. С. Бубнову, в середине 1910-х годов совершенно отошел от революционной деятельности, стал врачом и всю жизнь повторял: “Людей надо лечить, а не убивать”.

Сам А. А. Замков, указывая на свое будто бы крестьянское происхождение, в графе образование писал “пажеский корпус”.

По словам внучки Марфы Всеволодовны Замковой, о деде теперь прочитать практически нигде нельзя, а он в 1-ю Мировую войну был главным хирургом Брусилловской армии. Спецкор МГ В. Христофоров пишет, что Замков был начальником госпиталей у царского генерала Брусилова.

Однако по телеверсии, Вера Мухина, вернувшись из Италии, 2 года как доброволец работала сестрой милосердия в госпитале, заразилась тифом и едва не умерла. Ее выходил и вернул к жизни доктор Алексей Замков. А правнук Алексей Веселовский, уточняет, что этот госпиталь находился на Арбате в здании роддома Грауэрмана, где три года Вера Игнатьевна бесплатно работала медсестрой. “На этой почве они познакомились с Алексеем Андреевичем”, — при этом вовсе не упоминает о тифе. В. Христофоров в той же статье (“Гравидан ударил всем в голову...”), так же не упоминая о смертельном тифе, говорит, что в 1916 году доктор Замков спас будущую невесту от опасного заболевания крови.

При столь противоречивых сведениях остается довериться свидетельству самой В. И. Мухиной: “С Алексеем Андреевичем я познакомилась в 1914 году. Это был молодой человек небольшого роста, кудрявый. Он тогда только кончил Университет. Потом он уехал на фронт добровольцем. И я его увидела только в 16-м году, когда его привезли умирающим от тифа. Месяца два проработала в госпитале, куда прибывали раненные прямо с фронта... Как откроешь грязные пересохшие бинты, кровь, гной. Промываешь перекисью, вши. Работали бесплатно, брать деньги не хотели. Всю жизнь я не любила платных должностей. Люблю свободу”.

И ни слова об “опасном заболевании крови” или “тифе”, от которых бы ее спасал Замков. Наоборот, уми-

рал от тифа и был спасен Замков, в госпитале, где его снова увидела Мухина, которая работала там медсестрой, и, узнав Замкова, наверное, выхаживала его. В конце концов, не важно, кто кого спасал от смерти, важно, что это было в истоках их брака; не случайно в семейном предании живут истории о серии чудесных спасений и исцелений, сопровождавших их совместную жизнь.

Но, конечно же, окончивший университет в 1914 году врач Замков, потом уехавший добровольцем на фронт, а через год доставленный умирающим от тифа в госпиталь на Арбате, вряд ли мог быть главным хирургом армии генерала Брусилова или начальником его госпиталей.

А далее — неизбежное:

— «В 18-м году мы с ним поженились. В холодной мастерской я лепила его, он похож на Наполеона, победителя. Портрет очень нравился Алексею».

И действительно, бюст напоминает Бонапарту. В. Мухина лишь прикрыла раннюю лысину, чтобы забыть о тифе и о войне. Но о революции забыть было невозможно.

Тогда молодая семья жила в своей любимой квартире на Пречистенке

— «Становилось трудно, родственники разбежались, деньги наши ахнули, Алексей Андреевич каждое воскресенье ездил в свое село Борисово и принимал там больных. Приезжал с картофелем и хлебом. Тем мы и питались в 18-й, 19-й годы. В 20-м году родился сын Волик (Всеволод), принял его Алексей Андреевич дома».

В 5 лет он заболел костным туберкулезом. На врачей надежды не было. И они сами его спасли: дома на обеденном столе врач Замков прооперировал сына вопреки медицинским предписаниям. И через 2 года Волик оставил костыли. Эта история долго была семейной тайной.

Революционная *буря* захватила все сферы жизни, в том числе и искусство. В соответствии с декретом Ленина о сносе памятников, воздвигнутых в честь царей и их слуг и массовой выработке проектов памятников Российской социалистической революции с выставкой бетонных и гипсовых времянок на суд масс, в г. Свияжске, например, был поставлен памятник Иуде, кулаком грозящим Небу.

«Наш новый мир» подрядились строить лучшие мастера, и среди них Татлин, Альтман, Коненков, Шадр, Мухина. Большинство этих проектов так и осталось на бумаге, в гипсе или фанере, но стадия разрушения «мира насилья» прокатилась «до основанья». Началась переделка и построение нового мира с фанатичной борьбой против наследия и самого принципа наследственности — против генетики. В сельском хозяйстве процветало скрещивание и выведение новых пород растений и животных (мичуринство, потом лысенковщина). Но главной была одержимость доказать, что не Бог — творец жизни и человека, а ... Для этого в 1929 году проф. Иванов будто бы был командирован в Африку с целью выведения обезьяночеловека, т.е. гибрида женщины и обезьяны путем осеменения аборигенок спермой приматов. Из-за скандала и отказа негрятенок проф. Иванов был вынужден вернуться, но попутно смог привезти с собой обезьян. И будто бы так возник обезьяний питомник в Сухуми².

² Этот лейтмотив послужил сюжетом для булгаковского «Собачьего сердца», в котором генетика все-таки взяла свое.

Не стоит этому удивляться. В 1-м издании Большой Советской и Малой Советской Энциклопедий (М., ОГИЗ РСФСР, 1932 г., т. 9, с. 706 – 712.) статья «Человек» начинается с научного определения: «*Человек, был включен в состав животного мира еще К. Линнеем и причислен им к отряду приматов. Современная наука помещает Ч. в тип хордовых животных... Кровь Ч. теплая, он рождает живое потомство, и мать выкармливает новорожденных своим молоком. Т., обр., Ч. является типичным млекопитающим; среди последних его положение определяется многими признаками строения и образа жизни, сближающими его с обезьянами. Вместе с последними Ч. включается в отряд приматов.... По вопросу о принадлежности Ч. к млекопитающим и именно к приматам никаких разногласий нет. ...На первоначальных ступенях своего развития предки Ч. не отличались от предков других приматов и даже вообще от предков млекопитающих животных ... Обезьяночеловек, древнейшая достоверная форма сем. человека ... Животное, обладающее общественными инстинктами, умственными способностями, поднявшимися выше уровня современного шимпанзе, свободными и еще сохранившими способность развития передними конечностями..., могло выжить в борьбе за существование только благодаря общественности и использованию рук ... обезьяна способна сделать первый шаг к изготовлению орудий... Предки человека были поставлены природой в соответствующую обстановку. Когда же они сделали этот решающий шаг — перешли к использованию камней, палок и костей в качестве орудий защиты, нападения и труда, их эволюция резко изменила свой характер... С помощью орудий первобытному Ч. удалось создать искусственную среду... Эти условия решительно способствовали появлению изменчивости нового типа. Результатом было распадение Ч. на многочисленные расы, отличающиеся между собой признаками второстепенного характера».*

Вот и вся суть обширной статьи на 7-ми страницах о «Человеке», где не нашлось слов для тех душевных и духовных свойств, и даже для психологических категорий личности, сознания и самосознания «Я», которые определяют сущность и отличие «Человека» от животных. А в статье «*человекообразные обезьяны*» подчеркивается, что они «*имеют общих предков с человеком. Большое значение имеют человекообразные обезьяны как материал для медицинских наблюдений и опытов*» (там же, стр. 712 – 713).

В эти годы не только на Западе, но и в СССР процветало учение по улучшению человеческой породы путем научного отбора — евгеника. Но главным в биологии было экспериментальное направление. Так и назывался Институт экспериментальной биологии профессора Николая Константиновича Кольцова, который пригласил доктора Замкова в свой институт.

В эту эпоху Мухина и Замков, так же, в каком-то высшем смысле занимались одним делом — оба они культивировали, создавали культ «человека нового времени» по принципу « в здоровом теле здоровый дух», хотя это не новый, а древний, античный афоризм. И талант скульптора скоро проявил себя.

Первые лучи славы

— “В 28-м моя “крестьянка” получила первую премию на выставке десятилетия Октября. Что такое крестьянка? Это русская богиня плодородия,... поза родилась просто, так стоят бабы у колодца и судачат. Бабу эту я люблю. Когда ее увидел Машков, похвалил: молодец Мухина, такая родит стоя и не крикнет. За бабу я получила тысячу рублей. Скульптуру взяла Третьяковка, и Третьяковка ее отправила в Италию, где продали за 10 тыс. лир. Меня наградили трехмесячной поездкой в Париж”.

А врач Замков в это самое время искал ключи к овладению резервами человеческого организма, его полового долголетия. Толчком послужило открытие в 1927 году немецких исследователей, биолога-эндокринолога Ашгейма и гинеколога-эндокринолога Цондека, об образовании в организме беременных женщин значительного количества гонадотропного гормона (хориального гонадотропина), который выделялся с мочой и обладал мощным действием на половую сферу человека и животных. В том же году авторами был предложен метод диагностики беременности на ранних сроках путем подкожного введения мочи беременных женщин инфантильным неполовозрелым самкам мышей. В случае беременности процесс образования фолликулов и желтых тел у этих животных значительно ускоряется — реакция Ашгейма-Цондека.

Повторяя эти опыты, доктор Замков сделал открытие — моча беременных женщин оказывала мощное влияние на половой аппарат обоих полов подопытных мышек.

— Это натолкнуло меня на мысль использовать мочу беременных в лечебных целях вместо принятого выделения из нее отдельных гормонов и других веществ. Я рассчитывал на успех прежде всего при заболеваниях, связанных с нарушениями половой функции, в частности с ее угнетением в пожилом возрасте.

Хотя это не болезнь, и даже не старческий недуг, в понимании величайшего русского патолога И. В. Давыдовского, а нормальный ход возрастного увядания как естественного процесса; но против него в первую очередь и заострил свое “открытие” доктор Замков, озабоченный продлением половой жизни в старости, несмотря на бессмысленность и противоестественность этой за-теи.

Моча беременных женщин в лечебных целях применялась уже в древности, во врачебную практику этот способ лечения в СССР стал внедряться в конце 1920-х, начале 1930-х годов во многом благодаря исследованиям доктора Замкова. Вот как говорит об этом 1-е издание Большой Медицинской Энциклопедии (т. 33. статья “уротерапия”, с. 426–429. Москва, ОГИЗ РСФСР, 1936 г.)³: “В 1928 г. Замков, работая над реакцией Цондек-Ашгейма и отметив влияние мочи беременных на половой аппарат не только мышинных самок, но и самцов, решил испытать действие этой мочи на половую систему человека в смысле оживления ее функции. Позд-

³ В последующих 2-м и 3-м изданиях БМЭ уже не было ни статьи об уротерапии, ни упоминания о гравиданотерапии и ее авторе докторе Замкове.

нее и в иностранной печати появились работы, посвященные этому же вопросу (Schildberg, Freud и др.). Моча беременных раньше использовалась только для извлечения из нее препаратов пролана и фолликулина. Для этого ее подвергают сложной обработке сильно действующими средствами, вследствие чего некоторые авторы даже сомневаются в тождестве получаемых таким путем препаратов с нормальными гормонами. Только что приведенное соображение, а также малая эффективность и нестойкость добываемых из мочи беременных препаратов побудили Замкова испытывать на людях терапевтическое действие приготовленного им препарата — мочи беременных, который он назвал гравиданом (от *gravida* — беременная). Гравидан содержит целый ряд гормонов, следовательно является препаратом полигландулярным. Среди этих гормонов одним из главных является пролан. Стандартизация гравидана производится именно по содержанию пролана с помощью реакции Цондек-Ашгейма... Кроме гормонов моча содержит целый ряд (биологически активных) веществ (с. 426–427).

Особым способом обрабатывая этот неиссякаемый источник гормонов, он изобрел препарат под названием гравидан — эликсир молодости и здоровья. Опыты с гравиданом на животных продолжались до 29-го года. 8 февраля 1929 г. Замков поставил первый опыт на человеке — на себе: Будто выпил бутылку шампанского! Длится этот подъем, ну, дней 10. А подопытная фауна неистовствовала. Старый рысак, которого готовили к забоя, после инъекции показал рекордную резвость. Всякая тварь крепла, плодилась и размножалась, как в раю.

Проф. Кольцов и еще несколько научных сотрудников Института Экспериментальной Биологии поддержали Замкова, считая его исследование перспективным. Успех у больных препарат имел грандиозный. Стали поступать заказы из аптек страны, в т. ч. кремлевской аптеки.

Но скоро работа стала, коллектив лаборатории раскололся. 22 марта 1930 года в день 47-летия доктора Замкова в “Известиях” появилось письмо группы сотрудников института

“Против спекуляции в науке”

Его обвинили в знахарстве, противозаконных экспериментах на людях: “Панацея! Новоявленному Архимеду от медицины положительно не хватает чувства юмора”. “Свести все заболевания к нарушению гормонального течения — расписаться в собственном невежестве”. “Вековая борьба со знахарством закончится полной победой научной медицины”.

И через месяц, в мае 1930-го создатель гравидана был уволен. Это было для него экзистенциальным потрясением.

... “О том не могу говорить без волнения. Алексей Андреевич не выдержал травли и решил ехать за границу. Мы тоже с ним. Дело было так. Открытие Алексея Андреевича стало сенсацией. Успех у всех рождает зависть, вокруг началось брожение: вы — за Замкова, или против? Многие испугались, подписали статью в “Известиях”, где Замков был назван шарлатаном. Алексей Андреевича обвиняли во всех грехах, и даже в краже ин-

ститутской мочи. Он не выдержал и решил бежать. Превратился в комок нервов. Я отговаривала его, Аlesia, подумай, но, нет, нет, я больше не могу. Я не могла оставить его в таком состоянии и решила ехать с ним. Мы взяли паспорта и поехали будто бы на юг- хотели перебраться через персидскую границу. В Харькове нас арестовали и повезли обратно в Москву. Привезли в ГПУ. Допросили первую меня. Я поняла, что Алексея Андреевича подозревают в том, что он хотел продать за границу секреты своего изобретения.... Не подтвердилось, все было напечатано. Меня отпустили. У меня начались страдания жены, у которой арестован муж.”

Мухину с сыном освободили через 5 дней. А Замкова приговорили к 3 годам административной ссылки с конфискацией имущества. Вера Игнатьевна отправилась вместе с мужем в Воронеж, в ссылку. Они потеряли свой любимый дом на Пречистенке навсегда. Но борьбу не оставили.

Возвращение

*В комиссию по амнистии ВЦИК
от доктора Замкова Алексея Андреевича,
живущего в г. Воронеже
по Первомайской улице дом 21.*

По мере достижения мной успешного завершения опытов в особенности с гравиданом вокруг меня и моей работы была вначале составлена со стороны отдельных сотрудников института экспериментальной биологии атмосфера неприятия и недоброжелательства, перешедшая в открытую кампанию травли и клеветы. Вина же моей жены скульптора Веры Игнатьевны Мухиной-Замковой в том, что она не смогла оставить меня одного в столь тяжелый и критический момент моей жизни...

Говорят, доктора Замкова поддерживали влиятельные пациенты: начальник оперативного отдела ГПУ Карл Паукер, начальник разведуправления армии Ян Берзин, Семен Буденный и др. За него хлопотали Максим Горький с М. Ф. Андреевой и д-ра Замкова освободили от административной ссылки досрочно 21-го августа 1932 г., и проф. Кольцов назначил его директором лаборатории урогравиданотерапии.

Взамен конфискованной, Замковым выделили просторную квартиру со студией у Красных Ворот. Хотя это был уже не тот открытый дом на Пречистенке, где родился сын, где двери не закрывались для друзей. Супруги прошли первые испытания предательства. Но в новой квартире они прожили 5 самых счастливых лет своей жизни, подготовивших их

Расцвет

Лечение гравиданом получило широкую известность. На окраине Хотьково для доктора Замкова был создан Совхоз Урогравиданотерапии. Лаборатория в комплексе с этим совхозом получили статус Государственного Института Урогравиданотерапии. Его директором стал А. А. Замков. С 1933 года Институт выпускал собственный периодический научный “Бюллетень Государственного Института уро-гравиданотерапии. Под редакцией А. Замкова”.

Началось производство гравидана в возрастающих объемах. Гравидан применялся в медицине и ветеринарии при очень многих заболеваниях и их эпидемиях.

Замков организовывал экспедиции на Северный Кавказ для борьбы с эпидемией малярии. Были инъекрованы гравиданом свыше 15 тыс. больных с излечением до 80%.. С распространением славы росло число влиятельных в государстве пациентов. Успешно лечили оленей в тундре, страдающих копытной язвой, а на Дальнем Востоке — целую военную часть, пораженную отравляющим веществом. Гравиданом активно лечили лидеры и руководители клинической медицины, психиатрии, наркологии, детской психиатрии, особенно широко в Москве и Московской области, в т.ч. в московских медицинских институтах и в Московском областном клиническом институте (теперь: МОНИКИ) — проф. Д. Д. Плетнев, проф. Казаков, проф. Стрельчук, проф. Сухарева, проф. Зиновьев, проф. Стриопул, проф. Милицын, проф. Краснушкин, доцент Гордова, проф. Мещерский и др. Обозреватель МГ Юрий Блиев в статье “Красная вирага” (21.02.2003г.) сообщает, что гравиданотерапию острой паранойи одобрял и проф. Ганнушкин.

“57-й км”

Увеличивался поток пациентов, в т.ч. и весьма влиятельных, в клинику “Гравидан” (Совхоз Урогравиданотерапии) в Хотьково. И руководство МПС построило железнодорожную станцию “57 км.” (теперь: ст. “Абрамцево”) поблизости от “Гравидана” и рядом с домостудией Замковых-Мухиных, где предстояло родиться шедевру “Рабочий и колхозница”. Алексей Андреевич шутил, что подарил Верочке целую железно-дорожную станцию.

Среди пациентов и друзей называют Максима Горького, Мичурина, Клару Цеткин, Долорес Ибаррури, Буденного, Орджоникидзе, Рихарда Зорге и мн. др. По стране работали сотни пунктов гравиданотерапии. В Западной Европе и в США появились аналогичные препараты — дженерики, но под иным наименованием; некоторые из них были запатентованы. Слава росла. Исцеленные пациенты заваливали создателя гравидана благодарственными письмами. Среди них поэма-апофеоз анонимного автора:

*“Творит чудесное страна, страна Советов!/
Где жизнь полна расцвета!/
Где пышно техника растет!/
Все крепости Природы побеждает!/
загадки жизни, сложные замки свободно открывает!/
И вот наш врач, советский врач А. А. Замков, с тех пор прошло уж пять годов!/
Вопрос труднейший разрешил!/
Такой придумал аппарат, чтоб из мочи сготовить препарат!/
Ему название он дал, как нам известно, гравидан!”*

Признание

О научном и государственном признании свидетельствует цитированная выше объемистая статья “Уротерапия” в 33 томе 1-го издания БМЭ (М., 1936, с.с. 426 – 429), 95 % которой было отведено открытию доктора Замкова и его гравиданотерапии.

В частности, в ней говорится: “в настоящее время имеется несколько препаратов гравидана, изготавливаемых Институтом Уро-гравиданотерапии (Москва), Московским областным клиническим институтом и Гос.

Институтом эндокринологии (Москва). Гравиданотерапия применяется в настоящее время при многих патологических процессах: при инфекционных заболеваниях и реконвалесценции от них (крупозная пневмония, брюшной и сыпной тифы, малярия); в глазной практике (лечение осложнений трахомы, иридоциклитов, герпетических кератитов; также в качестве болеутоляющего средства, понижающего внутриглазное давление, ускоряющего заживление язв, и противовоспалительного средства); при полиартритах, острых и хронических, различной этиологии; в урологической практике (при импотенции и воспалительных процессах); при болезнях сердечно-сосудистой системы (в качестве регулятора кровяного давления и пульса, а также в качестве диуретического средства); при бронхиальной астме, катарах и язве желудка и колитах, особенно спастических.. Далее гравидан применяется в гнойной хирургии, особенно при фурункулезе, при гнойных отитах и мастоидитах в качестве средства, ускоряющего заживление; в детской практике (рахит, гипотрофия) как средство, повышающее рост тканей, а также при расстройствах психики (схизофрения, артериосклероз мозга, нервное истощение, депрессия, потеря умственной работоспособности и пр.). В животноводстве гравидан употребляется в качестве средства, способствующего повышению упитанности, повышению плодовитости и работоспособности, а также как лечебное средство при различных воспалительных инфекционных процессах, в частности при копытной болезни у оленей и инфекционном аборте рога-тога скота.

Суммируя данные, полученные при гравиданотерапии, ...по мнению применявших его авторов... положительные свойства проявляются гл. обр. по этим авторам в поднятии общего тонуса, улучшении самочувствия б-ного, восстановлении работоспособности, сна, аппетита, появлении эйфории... у огромного большинства больных... В психиатрической практике при схизофрении в случаях, могущих давать ремиссию, эта ремиссия наступает значительно скорее и является более продолжительной. Наркоманы гораздо легче переносят период морфийной и алкогольной абстиненции и скорее и более прочно отвыкают от наркотиков.

Надо отметить, что в большинстве наблюдений клин. данные улучшения подтверждены лабораторным исследованием крови и мочи. У животных во всех указанных выше случаях получен в высшей степени благоприятный результат по наблюдениям различных авторов на базах различных московских и ленинградских ветеринарных и зоотехнических ин-тов и лабораторий”.

Таким образом, подчеркивается стимулирующее общебиологическое действие гравидана, равно проявляющееся у человека и высших животных и тем самым напоминающее о справедливости афоризма: разница между медициной и ветеринарией — только в клиентах.

И далее указываются возможные побочные эффекты: “Однако, нужно иметь в виду, что в некоторых случаях наблюдается отрицательный эффект после введения гравидана: появляется возбуждение, расстраивается сон, ухудшается самочувствие, возникает сердцебиение и одышка; в нек-рых случаях отмечено даже появление уртикарной сыпи. Дозировка гравидана не может считаться окончательно установленной в виду того, что различные организмы реагируют на него в высшей степени неодинако-

во. Поэтому в каждом случае приходится индивидуализировать дозы и изменять их... сообразно получаемому эффекту. В среднем курс лечения продолжается около 1–2 мес., причем инъекции делаются б.ч. через день. Дозы — от 1 до 10 см. куб.; средняя доза — 2–4 куб. см.”. Статья подписана “В. Кост.”.

Приведен список научных публикаций 1929–1934 годов, из них — 6 на русском, и 3 -на немецком и английском языках. Среди них статьи А. А. Замкова в советских и иностранных научных журналах и статья Н. К. Кольцова “ О гравидане как полиглюндулярном препарате” в Биологическом Журнале за 1932 год.

Таков был расцвет гравиданотерапии в СССР, который воспринимался как сенсация. А с точки зрения предистории МОПБ №5 профессиональный интерес представляет довольно широкое применение гравидана в психиатрии и наркологии, представление о котором дает приведенная статья из БМЭ, и которому специально была посвящена лекция проф. Петра Михайловича Зиновьева, прочитанная им 19 апреля 1935 года и ранее не публиковавшаяся⁴. С этой лекцией врачам, особенно психиатрам и психиатрам-наркологами, будет интересно ознакомиться в конце нашей статьи.

Триумф

А между тем шел 36-й год, страна стояла накануне большого террора и на пороге великой войны. Уже были видны зарницы приближающейся грозы.

В прессе была возбуждена кампания против т.н. врачей-чудотворцев. Уже были первые жертвы. Имели все основания для тревог и Замковы-Мухины. Но расправа была отложена на целый год.

В Гос. Комитете по делам искусств решали государственную стратегическую задачу — создание скульптуры-эмблемы Павильона СССР на Всемирной выставке 37-го года в Париже. В числе ведущих скульпторов СССР В. И. Мухина получила правительственное предписание об участии в закрытом конкурсе в мае 1936 года. Оставалось совсем мало времени, но она была уверена в победе.

Правнук Алексей Веселовский: *Это было весной 36-го года, она приехала в Абрамцево и три месяца, с мая месяца, примерно с этого времени, она не вылезала из мастерской; это был щитовой летний домик из фанерных щитов, со станком и с ямой для глины; собственно такие достаточно спартанские условия, большего-то и не нужно было. И три месяца она провела за этим станком, здесь, отключившись от всей суеты, от всех дел.*

В. И. Мухина: *работали круглые сутки. Времени оставалось меньше года... Напряжение не спадало с утра до вечера. Работали сначала в две смены, потом в три.*

Работали обледенелые на обледенелых лесах. Грелись у костра. Была безумная усталость. Вместе с тем огромный подъем... Давай! Давай! Даже во сне слышала:

⁴ Мне приятно выразить сердечную благодарность внукам проф. Зиновьева — Алексею Павловичу и Николаю Павловичу Зиновьевым — за предоставленную из личного архива ученого рукопись “Лекции проф. Зиновьева П. М. О применении гравидана при нервно-психических заболеваниях”.



Противостояние. Фотография из фондов ГТГ

давай! Вся эпопея на страшном подъеме. Этот подъем и вывез ... ночью на завод приехал Сталин... Включили сильные прожекторы... минут 20, и уехали ... Передали, ... Правительство довольно. Итак, она победила!

“Из воспоминаний” сына:

в Париже на всемирной выставке

Министр 3-го Рейха Шахт потребовал, чтобы германский павильон был выше советского. Закипела круглосуточная работа. В результате герб нацистского рейха — орел, держащий в когтях свастику, — оказался перед лицами “Рабочего и колхозницы”. (Фото: противостояние. Фотография из фондов ГТГ. На левом снимке со спины видна скульптура Йозефа Торака “Товарищество”).

Но стремительная динамика фигур статуи настолько возносила их над Сенной, что казалось ничто не может остановить их разбег. В апреле 37-го Пикассо восхитился удачным расположением композиции на фоне сиреневого парижского неба. Это творение, названное западными критиками “величайшим произведением скульптуры XX века”, принесло В. И. Мухиной всеобщую и всемирную славу. Так сбылись ее юношеские мечты. (Фото: В Париже на всемирной выставке и Ю. Пименов. Конечная станция. 1955 г.)

Это были звездные часы семьи Мухиных-Замковых, которые почти совпали с катастрофой дела всей жизни доктора Замкова. В 1938 году Институт Урогравиданотерапии ликвидировали. Замков перенес инфаркт сердца.

По телеверсии, после расстрела Яна Берзина Замковы ждали “гостей” из ГПУ каждую ночь. Но не арестовали, скорее всего потому, что Замков, которому Ян Берзин до-

верял абсолютно, проводил медосмотр шпионов-нелегалов перед забросом за границу.

После чистки разведуправления во главе с Берзиным, Замков оказался практически единственным, знавшим нелегалов в лицо. Поэтому, видимо, его и решили не трогать.

Великая Отечественная

В октябре 41-го семью Замковых эвакуировали на Урал в поселок под Каменском-Уральским. Вскоре Замковы почувствовали себя отрезанными от событий. В критический для Родины момент они не могли оставаться в стороне и рвались биться за нее, каждый из них — своим оружием.

В. И. Мухина: *В Комитет по делам искусств. Января 42 года. Я слишком далеко от событий. Здесь тускло живет ... Поэтому не держите меня здесь и скорее пришлите вызов.*

А. А. Замков: *... В такой великий серьезный момент нашей Родины гравидан мог бы сыграть колоссальную роль. Мог бы опять помочь миллионам нашего населения, а не сотням, вот что так волнует меня. Поймите, товарищ нарком, очень тяжело сознавать, что я могу принести еще много пользы и почти бездействую...*

В декабре 41-го гитлеровцы отброшены от Москвы. Мухина была вызвана в Москву и сразу взялась ваять портреты фронтовых героев. А доктор Замков остался на Урале, страдая от разлуки. Он неизменно верил в целебную силу гравидана и рвался оказать необходимую медицинскую помощь миллионам солдат и населения. Но силы уже иссякали. И гравидан давал эфемерное облегчение, которое сменялось отчаянием.



В Париже на всемирной выставке

— *Милая, дорогая Веруша! В горздравотделе принимают все возможные меры, чтоб меня не пустить. Но меня это не пугает. Я всеми силами буду спешить к тебе. Я опять колюсь гравиданом, ем рисовую кашу и силы начали как будто прибывать...*

Но скоро вера и надежда растаяли. Следующее письмо звучит как

Реквием

— *Милая Веруша, мое пребывание здесь равносильно гибели. Я превратился в старика, которого едва держат ноги. Я не верю, что мне опять удастся возродить дело с гравиданом. Столько борьбы, сколько пакостей и гадостей вокруг этого дела меня окончательно сломили и парализовали мою волю и сковали мое желание к жизни. Ты прости, моя милая.*

Здесь можно говорить о витальной деперсонализации, особенно в самоощущении активности, инициативности “Я”. А в целом, об экзистенциальной меланхолии, связанной с крахом призвания всей его жизни, призвания, ставшего мировоззрением и судьбой и полностью заместившего потребность смысла жизни и ее штиммунг. Волю к жизни не мог вернуть и гравидан, которым он “кололся”.

На пороге инобытия

он все-таки приехал. Им оставалось немного времени. Врачи не скрывали от В. И. Мухиной, что надежды больше нет. Да и он сам, как врач, знал это и говорил, что скоро умрет.



Ю. И. Пименов. Конечная станция. Акварель 1955 г.

— *Я закрываю глаза, и ты выплываешь передо мной. И по моему телу, по всему моему существу разливается какая-то дрожь. Меня так тянут эти осенние леса, освещенные золотым заходящим солнцем. Так захотелось побродить с тобой вдвоем, прижать тебя к груди. Грустно, что нам дано так мало времени...*

Доктор Замков умер 25.10.1942 после повторного инфаркта в возрасте 59-ти, за 5 лет до своей смерти похоронив гравидан как дело всей жизни. Но любовь великой

женщины пережила его смерть: мужественная Вера Игнатьевна Мухина-Замкова после смерти мужа делала все возможное, чтобы его идеи вошли в медицину. Алексею Андреевичу надо поставить очень светлый памятник от всех, кого он избавил от мучений. Памятник мужу, похороненному на Новодевичьем, создала она⁵. Впоследствии он станет их общим. К надписи “Я сделал для людей все, что мог” после ее смерти добавили: “И я тоже”.

Рукописи не горят — первая публикация

О размахе гравиданотерапии в довоенной советской психиатрии свидетельствует его широкое применение не только у взрослых пациентов всех возрастов, но, так же, и у детей и подростков. Так, директор детской психиатрической клиники Центрального НИИ Психиатрии им. В. В. Крамера, проф. Г. Е. Сухарева в своих известных “Клинических лекциях по психиатрии детского возраста” (изд. НКЗ-РСФСР, М., 1940, 256 с.), в частности в лекциях 19 – 20, специально посвященных лечению шизофрении, среди прочих методов выделяет в отдельный раздел гравиданотерапию.

“Гравиданотерапия некоторыми авторами также рассматривалась как один из видов эндокринной терапии. Положительный эффект приписывался пролану и фолликулину. Дальнейшие наблюдения показали, что гормональный момент не играет основной роли при этом лечении. Лечебный эффект гравидана сводится главным образом к стимулирующему действию на ряд органов и систем. Тот несомненный клинический факт, что среди пубертатных шизофрений существует большой процент случаев с ясно выраженной эндокринной дисфункцией (явления гипогенитализма, у девочек — нередко длительные задержки полового созревания), заставил нас предполагать, что в гравидане мы найдем ценное терапевтическое средство для лечения шизофрении у подростков. Опыт гравиданотерапии был поставлен в детском отделении больницы им. Кащенко (Ижболдина). Всего подвергнуто лечению этим методом 67 человек. Весь курс гравиданотерапии — 15 – 20 внутримышечных инъекций; дозировка — начиная с 0,5 куб. см. и прибавляя по 0,5 куб. см., доходила до 2 – 3 куб. см., с интервалами в 2 – 3 дня.

Полученные результаты лечения дали нам основание для вывода, что гравиданотерапия может найти применение в практике детской и подростковой шизофрении, если более тщательно дифференцировать показания. При отборе больных нужно учитывать интенсивность, темп развития процесса и особенности психопатологической картины. Наиболее показаны для гравиданотерапии те формы, которые текут вяло и медленно и в которых психопатологическая симптоматика выражается в

⁵ В основательном путеводителе М. А. Артомонова “Московский некрополь” (М.: Столица, 1995, с. 108) допущена ошибка, которая подлежит исправлению: в списке захоронений Ваганьковского кладбища на его 15-м участке указан “Замков А. А. (ск. 1944) — доктор”. Как уточнила автору статьи Марфа Замкова, ее дед А. А. Замков похоронен на Новодевичьем кладбище, а ошибка в указанном путеводителе возникла по нечаянному недоразумению, которое объясняется элементарными житейскими обстоятельствами.

астеническом состоянии, пониженном настроении и двигательной заторможенности. В случаях, бурно протекающих, с картиной психомоторного возбуждения, гравидан не дает положительных результатов и во многих случаях приводит к ухудшению, вызывая обострение процесса. Положительный результат гравиданотерапии сводится главным образом к стимулирующему и общетонизирующему действию. Катамнестические данные, собранные Ижболдиной, показали, что длительность благоприятного эффекта не всегда достаточна. В случаях шизофрении, начавшихся в раннем детском возрасте, результаты были очень нестойки и отмечались только в процессе лечения”. (там же, с. 234 – 235, см. также, на с. 255 Ижболдина О. Ф. Гравиданотерапия шизофрении у детей).

Но, конечно, наиболее основательный анализ гравиданотерапии в психиатрии представлен в лекции выдающегося советского психиатра Петра Михайловича Зиновьева.

Лекция проф. Зиновьева П. М. “О применении гравидана при нервно-психических заболеваниях”, прочитанная 19 апреля 1935 года

Лечение мочей давно применялось в народной медицине, так что сам по себе этот метод лечения не представляет из себя какого-нибудь нового изобретения. По-видимому, это лечение применялось иногда с довольно значительным успехом. В настоящее время проводятся научно-поставленные опыты с применением обыкновенной мочи любого здорового человека и результаты, по утверждению ряда наблюдателей, оказываются, во всяком случае, в достаточной степени эффективными, чтобы можно было ставить это лечение в параллель с лечением гравиданом.

Но не народное применение мочи послужило толчком для применения ее в научной медицине, а совсем другое соображение. В середине 20-х годов нашего века Цондек и Аишгём открыли в моче беременной женщины гормон пролан, который считался продуктом передней доли мозгового придатка (передняя доля гипофиза). Гормон этот отличается целым рядом свойств, которые делают его применение в терапии настоящим. Он отличается действием на половую сферу, и поэтому вполне естественно, что мысль врачебная шла по пути искания наиболее эффективных способов его применения.

Одним из дефектов пролана является его крайняя нестойкость, благодаря которой препарат оказывается недействительным. Явилась мысль, попытаться, — так как в моче беременной женщины имеется пролан, не извлекая его оттуда, — использовать мочу как лечебный препарат, как растворитель, для достижения тех же эффектов, которые получаются при применении пролана. Моча должна была заменить пролан.

Когда начались терапевтические попытки с этим препаратом, естественно названным гравиданом, то оказалось (тут можно не останавливаться на том моменте, что наиболее полноценный препарат получается в моче не последних месяцев беременности, а на 2 – 3-ем и в начале 4-го месяца), что она, в сущности превышая ожидания изобретателя, оказывает гораздо более значительное действие, чем можно было думать.

Она заинтересовала терапевтов, в том числе и Дм. Дм. Плетнева. Пять-шесть лет тому назад, когда Плетнев был последний год на Девичьем Поле, (т.е. 1929 – 1930 г.г.— В. О.) он был большим энтузиастом гравидана и применял его при артерио-склерозе. Его ординаторы уверяли меня, что помимо соматического состояния пролан хорошо действует и на психику: повышается память и возвращается работоспособность.

До основания Института гравидано-терапии наблюдений над действием гравидана, кроме наблюдений, сделанных самим Замковым и Плетневым, было очень мало. Я могу сослаться на несколько наблюдений, заслуживающих безусловного доверия, которые показывают, что и тогда, помимо артерио-склероза, в ряде случаев гравидан давал поразительные эффекты.

Вот случай, представляющий интерес во многих отношениях, как в смысле эффективности, так и длительности. Речь идет о случае старческого слабоумия в возрасте свыше 80 лет, где больная лежала в стадии маразма, с пролежнями, потерявшая интерес ко всему окружающему. Больная неизбежно должна была умереть, и поэтому решили попробовать гравидан (проф. Милицын теперешний и проф. Кор... (нрзбр.-В. О.) тогдашний). И, вот, после в суцности очень небольшого количества инъекций гравидана состояние больной начало улучшаться: появился интерес, она стала узнавать окружающих и постепенно вернулась к жизни. Она стала ходить, стала немножко работать, помогать по дому, другими словами, выздоровела. (это было приблизительно лет пять тому назад. Такое состояние продолжалось у нее около года, а затем наступил опять распад, но тут уже никакие средства не помогли — больная умерла. Другими словами, гравидан дал ей лишний год жизни. По-видимому, влияние гравидана здесь имело место.

Другой случай — это наблюдение проф. Стриопула в железнодорожной больнице: аналогичный случай, где больная, производившая чрезвычайно тяжелое впечатление своим видом, после применения гравидана вылечилась и не нуждалась в лечении, тогда как раньше вопрос шел о ее переводе в больницу.

Теперь, когда применение гравидана стало широким и появился как амбулаторный, так и стационарный клинический материал к пользованию гравиданом, то, к моему удивлению, я за последние 2 – 3 года аналогичных вещей с пожилыми, в случаях старческого слабоумия, не наблюдаю. Такие больные мне не попадались и я не слышал со стороны, чтобы были случаи улучшения при старческих психозах. С другой стороны, целый ряд поразительных наблюдений идет из области шизофрении. Это является вещью чрезвычайно интересной.

Какие же внешние изменения после применения гравидана? Главным образом две группы можно отметить. Первая — наступление эйфории — улучшение настроения, вплоть до веселого опьянения, а вторая — это повышение нервно-психического тонуса, вплоть до состояния явно выраженного психического возбуждения. Первоначально казалось, что это действие является действием симптоматическим при разных состояниях. Например, случай с явно выраженным депрессивным состоянием, где гравидан дал через несколько дней сдвиг в сторону улучшения. Казалось, это хорошее средство

для лечения вообще депрессивных состояний, как циркулярных, так и шизофренических, и так далее.

Но чем больше я приглядываюсь к материалу, который проходит через мои руки, тем больше убеждаюсь, что это действие гравидана сказывается только на больных шизофренией. Я пробовал назначать гравидан циклотимикам с депрессиями и значительного сдвига не получил. Наоборот, в двух случаях циркулярно текущей шизофрении, с резко выраженным депрессивным состоянием, которое вначале я принял за циркулярную депрессию, состояние после 3 – 4 инъекций очень изменилось.

Эти случаи стоило сделать вводными для изложения всего остального материала.

Один случай: больная поступила в состоянии тяжелого угнетения, жаловалась на тоску, на неспособность работать. На приеме все время плакала. После первых 2-х инъекций гравидана явилась сразу веселой, заявила, что почувствовала себя переродившейся (это слово нередко употребляется больными). Она вернулась к работе и стала совершенно здоровой. Следующие инъекции давали улучшение состояния, но больная постепенно стала замечать, что уже того прежнего настроения, которое она испытывала после первых 2-х инъекций, к ней все-таки не возвращалось. Она чувствовала себя лучше, чем вначале заболевания, но хуже, чем после первых 2-х инъекций. После 10 – 15 инъекций больная явилась к врачу и говорила разорвано (до этого момента она расценивалась как циркулярная больная). Потом выправилась и кончила лечение с благодарностью. Первоначальное состояние нервной депрессии не возвращалось.

Она привела лечить свою сестру от обезображивающего артрита к терапевту. Сестра попала к врачу по внутренним болезням, и через несколько инъекций врач привел ее к психиатру: больная была в состоянии аналогичном тому, в котором пришла ее сестра: говорила чепуху, была в ярко выраженном шизофреническом состоянии. Когда психиатр начал собирать анамнез, то оказалось, что у этой сестры было какое-то психическое заболевание. Здесь, по-видимому, имел место старый шизофренический процесс, спровоцированный гравиданотерапией.

Эти два случая представляют интерес, так как они демонстрируют положительные и отрицательные стороны гравиданотерапии.

В pendant я могу привести другой случай: больную кататоничку (родственницу одного врача) с большим трудом удавалось приводить на уколы. Она ничего не говорила, была в ярко выраженном акинетическом кататоническом состоянии. После первых инъекций стала развязываться, говорить, потом петь, улыбаться, и родственники, в том числе и очень уважаемый врач-психиатр, не могли на нее нарадоваться. Эта радость, однако, была непродолжительной. Больная ушла с лечения в состоянии маниакально-гебефреническом. Была очень довольна, счастлива, все время пела, смеялась и была очень эротична, по-видимому, с бредовыми мыслями. Здесь нельзя говорить об ухудшении состояния, но и улучшения не последовало. Больная перешла из одной фазы в другую: из состояния кататонического-акинетического перешла не в кататоническое-гебефреническое, а в гебефреническое маниакальное состояние.

Приведенные мною случаи являются наиболее яркими в смысле обострений — в смысле обострений, которые я видел после гравидано-терапии. Эти случаи были в первые годы моей работы с гравиданом. Со стороны я слышал, что таких случаев имеется порядочное количество. Ипохондрические больные переходили в состояние острого возбуждения.

Преобладающая масса случаев, с которыми я имел дело, это случаи значительно более мягкие. Это были случаи вялой шизофрении с ипохондрической или с депрессивной окраской, с нерезко выраженными галлюцинозными переживаниями, с упадком психической активности, вялостью, с очень нерезко выраженными явлениями расщепленности. Это случаи, которые вызывают спор среди психиатров. Это случаи дегенеративной истерии, или это шизофрения.

Надо сказать, что из двух больных с одним и тем же симптомокомплексом, с одними и теми же явлениями, с одними и теми же хронологическими свойствами, с одним и тем же телосложением, нередко бывает, что один дает прекрасные результаты на лечении гравиданом, а другой не дает никакого результата. Вообще, если оценивать статистически результаты лечения, то очень яркие случаи представляют из себя все-таки единицы. Во всяком случае, если оценивать в процентах, то меньше 10 % случаев, которые очень красивы и очень эффективны.

Еще один случай, который обратил на себя мое внимание. Представляют они особенно интерес потому, что по отношению к этим случаям, с моей точки зрения, невозможно говорить о каком-нибудь психогенном воздействии на больного. При непосредственном наблюдении совершенно ясно, что мы имеем соматогенный характер эйфории, который мы имеем от различных экзогенных веществ. Научная работница в возрасте 27–28 лет является ко мне по совету своей подруги с просьбой начать лечить психотерапией. Жалуется она на необыкновенные вялость и неспособность к работе. Ей нужно написать диссертацию. Срок для представления диссертации истекает, а она не может заставить себя что-нибудь делать. Придя домой, она начинает ходить по комнате и все время думает, что надо садиться за стол, и все-таки не может сесть за работу. Я посмотрел, поговорил с ней, и мне показалось, что это не неврастеническое и не психастеническое состояние, что здесь не депрессия, а что это — шизофрения, но диагноза шизофрении не мог формально ставить, так как не было формальных психопатологических расстройств. Она не рассказывала о расстройствах. Единственно, что родственники говорили, что она часто устраивала истерические вспышки без причин. Единственный симптом — это по Майер-Гроссу, — упадок активности и неспособность ни за что взяться. Я послал ее к Замкову. Так вот она рассказывает, что после первой инъекции гравидана она явилась домой совершенно переродившейся, и нерешительность совершенно исчезла. Она стала совершенно другим человеком. Она не понимала, каким образом могло быть, что ей трудно было приняться за работу. Без всякого колебания она села за стол, написала к сроку диссертацию. Свою работу она мне показала.

Не знаю, какова ее судьба в дальнейшем, но несомненно, что гравидан дал толчок к резкому изменению

состояния. Гравидан изменил главным образом состояние, если можно так выразиться, безактивности больной. Самое интересное, что это дала первая инъекция. Больная пришла ко мне после пятой инъекции и рассказывала, что после 2-ой инъекции она чувствовала себя хорошо, но не повторялось того состояния, которое было после 1-ой инъекции.

Есть несомненно ряд случаев — и таких большинство, — где положительный эффект не включает в себе ничего поразительного, ничего такого, чтобы в такой степени обращало на себя внимание. В очень многих случаях просто в результате продолжительного применения гравидана, больные делаются крепче, улучшается их физическое состояние, цвет лица, пропадает ипохондричность и угнетенное состояние, больные становятся веселее, активнее, бодрее. Но это не очень ярко.

Сегодня я видел одного больного, и если спорить с человеком, склонным ограничивать понятие шизофрении, то трудно было бы отстаивать аргументами эту диагностику. У него нет никаких галлюцинаторных переживаний, нет бредовых явлений, он постепенно последние годы стал чувствовать вялость, апатию, понижение интересов, стал несколько понижаться в работе, не смог продолжать учебу в ВУЗе, перешел на работу, но работает хорошо. Он ипохондричен и обращает на себя внимание жалобами, которые при желании могут быть истолкованы как метафорическое выражение. У него бывает ощущение, что половина мозга горит, все тело при этом подвергается каким-нибудь своеобразным электрическим уколам. И он утверждает, что никакого жара — ни в смысле телесном, ни в каком-нибудь другом — не испытывает. Он испытывает своеобразное ощущение в голове, которое определяет так, что там что-то горит, но не жжет его. Поступил этот больной с жалобами на головные боли и на упадок активности. Сегодня, в конце лечения, он говорит, что в сущности пожаловаться не на что, что доволен и продолжает лечение, чтобы закрепить его.

Надо сказать, что больной, прошедший курс лечения, очень часто, через несколько месяцев, через полгода, является и настоятельно просит повторить лечение, а в случае отказа пристаёт, настаивает и т.п. Это последнее заставляет сказать, что эффект по-видимому не очень стойкий. С лечения больные уходят в улучшающемся состоянии, а по окончании лечения эффект понижается от месяца к месяцу и заставляет больных, вспоминая то состояние, которого они добились в конце лечения, приходиться с просьбой о повторении курса.

Я говорю об определенной, довольно значительной группе больных. Но есть не менее значительная группа больных, которые утверждают, что никаких состояний не испытывают. Попытки изменить лечение, попытки изменить дозировку, промежутки между лечениями наталкиваются на то, что больной по-прежнему продолжает утверждать, что ему не делается лучше.

Вот, пожалуй, все, что можно сказать об инъекциях гравидана при вялых формах, стоящих на границе психастении, неврастении и т.д. Я нарочно не утверждаю, что это состояние шизофреническое. Разные врачи, разные психиатры, в одинаковой степени компетентные, могут расходиться во взглядах. Проф. Давиденков привел в качестве примеров неврастении случаи, кото-

рые большинству из нас, московских психиатров, кажутся шизофреническими. Тут суть не в диагностике. Случаи, которые для санаторных врачей представляются обыденными, не все дают на гравидан несомненный сдвиг в смысле тонизирования, повышения активности в смысле эйфоризирования.

Мне кажется, что в этих случаях гравидан может играть хорошую роль первого толчка и подсобного средства для дальнейшего лечения, для дальнейшей терапии. Он играет роль средства, которое производит какое-то переключение функционирования, повидимому, главным образом, вегетативных аппаратов. И если это переключение удастся закрепить и взять больного в работу, не только в смысле лечения гравиданом, то повидимому эффект может быть закреплен надолго и прочно.

В других случаях бывает, что гравидан дает результаты после первых инъекций, а потом его действие начинает сходиться на нет. Есть группа, когда гравидан дает положительный эффект к концу лечения, но если не закреплен вспомогательными действиями, то имеет тенденцию снижаться. Сам Замок говорит, что лица, находящиеся на лечении гравидано-терапией, должны время от времени повторять лечение.

В больнице им. Кащенко Мобель производил наблюдение над кататоническими больными, застывшими, неподвижными, с отказом от пищи. Он произвел эту работу очень обстоятельно и на основании статистических подсчетов говорит, что случаи ремиссий оказывались очень длительными. Это показывает, что эти случаи не представляют из себя ничего эффектного, но были случаи, где и кататоническое состояние исчезало после 1–2-х инъекций.

Теперь о применении гравидана в других случаях. Прежде всего, по отношению к шизофрении. Сам Замок предлагает пользоваться гравиданом и в состоянии кататонического возбуждения, и рекомендует применять большие дозы (до 20–30 кубиков), так как большие дозы депримируют, а малые дозы — возбуждают.

Я попробовал провести ряд таких экспериментов в рязанской психиатрической больнице. И у одного больного возбуждение на некоторое время скупировалось, больной стал спокойнее. Но так как большие дозы требовали очень большого внимания, то применение их было прервано. Попытка у другого больного была оборвана, т.к. больной с самого начала дал шок.

Применение гравидана в исходных состояниях не дает почти результата. У параноидных шизофреников, с бредом, в некоторых случаях наблюдавшие такое лечение товарищи из Института им. Ганнушкина замечали ухудшение. Во всяком случае, бред на гравидан никакой реакции не дает.

Как видите, область применения гравидана по отношению к шизофрении остается ограниченной. Больных с вялыми формами, вялыми асимптоматическими формами и вялыми формами шизофрении в санатории очень много, и они дают неплохую реакцию на лечение гравиданом. Неплохо гравидан действует на больных с некоторыми вегетативными расстройствами, с головными болями, с мигренями, даже с желудочными расстройствами у конституционально нервных субъектов, где гипертрофированная секреция является проявлением повышения тонуса вегетативной нервной системы.

Такого рода результаты являются нестойкими вообще у конституциональных астеников без указания на наличие шизофренического процесса, по моему впечатлению (а здесь можно говорить только о впечатлении, так как сама симптоматика здесь сугубо субъективна), такого рода хорошего эффекта, как у шизофреников, не получалось у той группы, которую причисляют к астеникам и у депрессивных циклотимиков.

Теперь возьмем область, которая с плетневского времени считается доменом гравидано-терапии, это — артериосклероз. Я не беру на себя смелости брать действие гравидана по отношению к соматическим заболеваниям. Некоторые соматические больные утверждают, что после лечения гравиданом начали чувствовать себя лучше: пропадает одышка, исчезает ощущение слабости. Один больной говорит, что с трудом поднимался до 3-го этажа, а теперь может ходить до 5-го. Что касается психического состояния, то мое впечатление, что субъективное изменение состояния все-таки идет в параллели с тем, что мы имеем у этой группы больных шизофренией.

Многие отмечают увеличение силы, нарастание бодрости, но все это в заметно меньших размерах, чем у больных шизофренией, причем часто приходится думать, то ли это результат самовнушения (больной, находящийся на каком-нибудь лечении, склонен чувствовать свое состояние все лучше и лучше), то ли это действие гравидана?

В Институте Замова очень хорошо поставлена психологическая работа, и темой психологического кабинета является гравидано-терапия у артериосклеротиков. Работают там с чрезвычайно тонкими экспериментами. Психологи задались исключить возможность субъективного подхода и взяли в первую очередь эксперименты, стоящие на границе экспериментов физических. Это об изменении органов чувств, сетчатки глаза, главным образом, в различные периоды, в различных состояниях. У них все-таки получился результат, что во время лечения гравидано-терапией мы имеем повышение тонкости ощущений. Одновременно психологическим экспериментом удалось обнаруживать улучшение внимания и повышения работоспособности. По-видимому, судя из того, что я знаю об экспериментах, эти данные меняются в сторону ухудшения показателей по мере отдаления от момента прекращения лечения.

Своеобразной особенностью гравидано-терапии является то, что вы неожиданно наталкиваетесь на изменение состояния больного там, где вы патологические явления игнорировали. И это дает основание Замову утверждать, что гравидан является универсальным средством. И действительно, как симптоматическое средство, он очень близок к универсальному. По отношению к одному больному, которому я советовал лечение гравиданом, мне один врач, очень скептически относящийся к гравидану, сказал, что на психическое состояние гравидан никакого действия не оказывает, а вот соматические явления обостряются, и такого рода вещи являются не редкостью. Надо сказать, что гравидан является средством, тонизирующим не только психику, но и значительную часть органических функций, дающий повышенный тонус вообще состоянию клеток организма. В связи с этим стоит и то, что очень часто

больные, прошедшие курс гравидано-терапии, свежее, становятся крепче, улучшается общее состояние, хотя имеются исключения, когда больные нередко худеют.

Несомненно, что гравидан хорошо действует на сон и на боли. По-видимому это действие симптоматическое, правда, такое же капризное, как и в большинстве случаев его применения. Нередко изменение сна является побочным обстоятельством, которого больной не искал и которое он, пожалуй, встречает с неудовольствием, так как развивается большая сонливость. Но в некоторых случаях гравидан дает хороший сон и в значительном количестве случаев гравидан хорошо действует на боли, особенно ревматические и также на боли неврологические. (Это вне нашего поля зрения). По этой категории случаев трудно говорить, какую роль играет элемент самовнушения и какую роль играет действие самого препарата.

Во многих случаях вегетативной дистонии и вегетативного невроза (это одно и то же) гравидан содействует восстановлению нарушенной функции, но здесь уместнее всего сказать, что он дает и в этой области неожиданные осложнения. Несомненно наблюдаются явления повышенной чувствительности к гравидану — идиосинкразии. Врачи наблюдали целый ряд шоков, причем некоторые больные давали шоки, когда к ним пытались подойти с ничтожными дозами гравидана (обмороки, рвота, очень плохое состояние самочувствия, головные боли и т.д.). Головные боли, особенно вначале, нередко значительно обостряются, что наряду с явлениями несомненного возбуждения, наступающего после применения гравидана дало повод поставить вопрос о двух-фазности эффекта от гравидана — сначала возбуждение, а потом выправление функций.

Такие шоковые реакции от гравидана — это вещь редкая. Больные переносят хорошо и большие дозы (15 — 25 кубиков), причем единственно значительная реакция, которую вызывает иной раз очень большая доза, — болевая реакция.

Что касается остальных нервно-психических расстройств, то надо коснуться пресенильных психозов. Я видел немного случаев, преимущественно пресенильно-ипохондрического состояния, которые давали небольшие улучшения. Но очень заметная разница наблюдается в состоянии больных — обострение климакса, в противоположность тому, что можно было бы ожидать. Гравидан на самые яркие явления климакса — на менструации особенно яркого действия не оказывает. При климаксе, чтобы восстановилась менструация, не помню такого случая; а самочувствие не выходит из рамок тех, что видны при вегетативных неврозах, при астеническом состоянии вне рамок шизофрении и т.д. Это кажется несколько необычным, и я не склонен обобщать свои наблюдения. Вопрос о действии гравидана на женщин, находящихся в периоде климакса, остается вопросом, который должен быть разрешен более тщательным исследованием.

О применении гравидана при эпилепсии. По наблюдениям Краснушкина и его учеников, гравидан вызывает при эпилепсии обострение состояния. Доктор Гордова утверждает, что в отдельных случаях, которые, по ее мнению, можно, — при правильном и более тщательном изучении больного, — заранее предусмотреть, действи-

тельно после применения гравидана наступает ухудшение, учащение припадков. В одном случае наступил настоящий статус эпилептикус. В остальных случаях она отмечала улучшение, правда, главным образом, не в смысле сокращения числа припадков. То, что она отмечает, это смягчение характера самих припадков, а самое главное — это улучшение самочувствия больных. Больные-эпилептики дают ипохондрическое состояние: вялость, дурное настроение, понижение активности. Вот эти качества как будто исчезают. Больные, уходя с лечения, говорят что чувствуют себя бодрее. Во всяком случае, можно утверждать, что в громадном большинстве случаев применение гравидана не вызвало учащения припадков. Значит, результат отрицательный, то есть, ни положительного, ни отрицательного эффекта. В части случаев наступило улучшение самочувствия, там, где сопутствовало эндокринно-вегетативное расстройство.

Как будто я перечислил всю область нервно-психических заболеваний: шизофрения, эпилепсия, циркулярный психоз, органические заболевания, артерио-склероз, случаи старческого психоза.

Вот, в отношении органических заболеваний сифилитического порядка. Конечно, в Институте гравидано-терапии применяют гравидан при прогрессирующем параличе, при сифилисе мозга и при целом ряде органических нервных заболеваний, как рассеянный склероз, энцефалит и т.д. Результат здесь один и тот же. Во всяком случае я не буду выделять психические, органические заболевания вроде прогрессирующего паралича, а сошлюсь на невропатолога, работающего в Институте Неврологии, который отмечает, что погибшие клетки гравидан восстановить не может. Единственно, что может дать гравидан, и, по-видимому, в некоторых случаях дает, это повышение общего тонуса и на этом пути — улучшение способности больного компенсировать утраченные функции.

Еще одна группа случаев заслуживает особого упоминания. Это больные алкоголизмом.

Здесь мы имеем убежденного и стойкого фанатика гравидано-терапии Стрельчука, хорошего наблюдателя, который категорически утверждает, что на своем большом материале он, как правило, видит значительную пользу от применения гравидано-терапии, но здесь надо, по-видимому, опять выделить два момента в действии гравидана. Один момент — эйфоризирующий. Больной, попадающий в лечебницу, находится в состоянии абстиненции и его самочувствие естественно отвратительное. При помощи гравидана удается смягчить явления абстиненции. Это положительное проявление гравидана.

Другое действие — это тонизирующее (между 35-ю и 50-ю годами). У большинства этих больных наступали явления атеросклероза. Стрельчук утверждает и готов клятвенно подтвердить, что несомненно улучшается общее соматическое состояние, вплоть до того, что седые волосы заменяются черными, т.е. волосы перестают седеть, причем он указывает на такую мелочь, как подтверждающую его слова, что волосы начинают “сереть”: у корней начинают расти черные волосы, а верхняя часть остается седой. Надо сказать, что подобного рода явления — улучшение роста волос —

приходилось наблюдать как побочное явление при применении гравидана по поводу различных заболеваний.

Так что несомненно, что в состояниях по-видимому вообще соматического истощения, вызываемого интоксикациями, гравидан представляется показанным.

Представитель других дисциплин, проф. Мецгерский и многие другие утверждают, что по отношению к целому ряду заболеваний, не имеющих отношения к нашей области, гравидан дает очень недурной эффект. В частности надо указать одну группу случаев, мне кажется, представляющую интерес. Это урологи из 2-го Московского медицинского института вели наблюдение над влиянием гравидана на функции мочеполовой системы при хронических заболеваниях у молодых и пожилых людей с гипертрофией предстательной железы. Гравидан улучшает тонус предстательной железы и благодаря этому помогает сокращению ее размеров и, с другой стороны, повышается тонус мышц самого пузыря, благодаря чему, при применении больших доз, наступают нежелательные результаты — спазмы пузыря при отсутствии возможности помочиться.

Я упоминал, что гравидан является хорошим средством в смысле регулирования кровообращения.

Что такое гравидан, каков механизм его действия? Гравидан — это не раствор пролана — замковский гравидан. Мы не знаем, как он его готовит, но по-существу это тот же самый препарат, который готовит Д. Д. Плетнев и другие Институты, занимающиеся приготовлением аналогичных средств. Это приготовленная тем или иным способом моча беременных женщин. Если мы будем говорить о моче беременной женщины, то мы должны сказать сразу, что это вещество, в состав которого входит чрезвычайно большое количество химических ингредиентов, известные гормоны и гормоны, которые в моче не открыты, но это не значит, что они отсутствуют. Затем, продукт белка, входящий в состав многих снотворных средств. Туда входят соли и ряд веществ, про которые мы вообще не знаем.

Смирнов указывает, что кроме гормонов имеются и антигормоны и сводить терапевтический эффект гравидана на действие одного пролана неверно, т.к. раствор пролана дает не те результаты, что гравидан.

Каков механизм действия гравидана? Механизм многосторонний, но для нас представляет наибольший интерес одна сторона его действия, и эта сторона его действия обуславливает те наибольшие эффективные сдвиги, которые обращают на себя внимание в некоторых случаях — это действие на вегетативную нервную систему.

Когда я об этом сказал на эндокринной конференции, то Д. Д. Плетнев поправил и сказал, что “на вегетативную систему вообще”. Он “вегетативную систему” употребил в смысле Крауса⁶, подразумевая под этим, с

⁶ Ф. Краус (1858 – 1936) — крупнейший немецкий интeрнист, кардиолог, основатель учения о функциональной патологии с ведущей ролью в ней вегетативной системы. Один из основателей психосоматического направления, автор термина “глубинная личность”. Учитель Густава фон Бергмана и проф. Д. Д. Плетнева, (который стажировался у Ф. Крауса в Берлине). Автор первой монографии по электрокардиографии. Соредактор “Русско-немецкого медицинского журнала” (1925 – 1928 г.). — Прим. автора статьи.

одной стороны, ионные электрические соотношения в крови, с другой стороны, состояние нервной системы, т.е. всю ту громадную часть функций организма, которая связана с жизнедеятельностью внутренних органов. Еще раз повторю: с одной стороны, электролитическое равновесие жизнедеятельности, с другой стороны, состояние так называемой вегетативной нервной системы, и эндокринных органов, — с третьей. Все они вместе составляют вегетативную нервную систему по Краусу. Для того, чтобы произвести изменение, скажем, в электролитическом равновесии действия организма, для этого нужно длительное время, и не менее длительное время нужно для того, чтобы произвести изменение в жизнедеятельности, в секреции внутренних органов. Гораздо более быстрое — действие медикаментов на нервную систему вообще. Если мы принимаем пирамидон при головной боли, то через полчаса наступает изменение состояния. Пирамидон действует по-видимому на центры вегетативной нервной системы. Таково же действие гравидана, что дает основание думать, что наибольшее действие — на вегетативную систему в мозгу.

Смирнов отметил после применения гравидана изменение желудочного сока, изменение секреции сока и изменение количества соляной кислоты. Иначе, как воздействием через вегетативную нервную систему, иначе, как изменением рефлекторной возбудимости соответствующих веточек вагуса, это трудно объяснить. Тот же Смирнов отмечает, что аналогичное изменение внутренней секреции наступило при применении гравидана внутрь в качестве пробного завтрака — прием мочи внутрь.

Кроме этих самих общих положений относительно возможного механизма действия гравидана очень трудно что-нибудь сказать. Я могу повторить, что сказал. По-видимому, действие его многосторонне. В одних случаях действие сказывается на центрах вегетативной нервной системы, тогда оно обуславливает быстрый и яркий эффект, в других случаях — медленнее, но несомненно так же трофическое действие на клетки организма вообще. Одно можно сказать, что по-видимому часто мы здесь имеем дело с раздражающим действием (и заместительным действием), что гравидан заменяет отсутствующие гормональные раздражители. Может быть, значительно чаще такое действие, чем выпрямляющее действие, которое Казаков считает характерным для лизатов.

Теперь, заключение. Что же гравидан? Представляет ли он собой стойкое приобретение терапии, или это нечто аналогичное средству, дающему вспышку на короткое время, привлекающее к себе внимание жадных на сенсации пациентов и уходящее затем во мрак забвения?

Мне кажется, ни то, ни другое. На конференции доктор Замков говорил об организме как источнике лекарственных средств, о том, что мы подходим к периоду лечения организма его собственными соками и его собственными химическими составными частями. Это совершенно правильно, и мне кажется от этого периода, когда мы подходим к использованию химических ингредиентов в качестве лекарственных средств, мы должны ожидать много положительных результатов.

Действие ингредиентов в сыром виде, а по отношению к лизатам и гравидану мы находимся в таком положении, что мы не можем быть уверенными, одинаковы ли химический состав разных порций гравидана, и одинаково ли их действие. Каждая порция действует на мышью, но здесь никакого качественного стандарта мы выработать не можем и принуждены довольствоваться очень грубыми определениями, что разные порции гравидана, собранные от разных женщин, имеют различное действие. Замков вырабатывает разные серии гравидана, отличающиеся своим терапевтическим применением. Имеются серии гравидана, которые при применении обязательно дают повышение температуры.

Задачей будущего должно являться: тщательный химический анализ гравидана, изучение составных частей его и применение их в чистом виде, т.е. создание из гравидана настоящих, поддающихся стандартизации фармакологических средств.

Нельзя сказать, что гравидан ушел в бездну забвения, что было время сенсации.

Мне кажется, что он войдет прочною частью в терапию, но не в качестве мочи беременных женщин, а в качестве химически чистых лекарственных веществ”.

Вот мнение выдающегося отечественного психиатра, мнение, основанное на анализе истории гравидано-терапии и на широком опыте лечения почти всех групп психических заболеваний (в том числе и своем собственном клиническом опыте), в котором участвовали сам Замков, а также выдающиеся отечественные клиницисты — невропатологи, интернисты, психиатры, такие как проф. Д. Д. Плетнев, проф. Краснушкин, проф. Казаков и др., опыте, который широко обсуждался на научных конференциях в Москве.

Надлежит подчеркнуть, что обоснование проф. Зиновьевым эффективности и перспективности гравидано-терапии в психиатрии, сделанное ученым за полтора десятилетия до нейролептической эры, было изложено в лекции 19 апреля 1935 года, т.е. в преддверии большого террора, который положил конец этому научному направлению. Уже в следующем 1936 году проф. Д. Д. Плетнев был арестован НКВД (затем, расстрелян), выслана в Магадан на 10 лет дочь проф. Зиновьева Наталья Петровна Зиновьева, а сам он вынужден на три года удалиться в Баку заведовать кафедрой психиатрии Азербайджанского Медицинского института. В 1938 году в 3 дня был ликвидирован и сам Институт и Совхоз урогравиданотерапии, на месте которого создана лечебница для больных алкоголизмом на 200 коек.

Но примечательно, что в то же самое время в мае-июле 1936 года здесь в мастерской абрамцевского дома Мухиных-Замковых создавался на века величайший символ советской эпохи — монумент “Рабочий и колхозница”, удостоенный высочайшей оценки на Всемирной выставке в Париже 1937 года.

Теперь, спустя 73 года мы возвращаемся к этой проблеме гравиданотерапии в отечественной психиатрии во многом благодаря этой сохранившейся рукописи лекции проф. П. М. Зиновьева, который не желал, чтобы “гравидан ушел в бездну забвения” как неоправдавшаяся сенсация, но, напротив, видел дальнейшее развитие этой терапии, правда, не в виде мочи беременных женщин, а в виде химически чистых органических лекарственных веществ, которые

должны быть идентифицированы и выделены из “гравидана”, как его лечебное начало. Конечно, это имеет непреходящее значение не только в предистории МОПБ № 5, но и в истории уро-гравиданотерапии в советской медицине.

Но что же теперь? Оставить все это в архивах истории, или возвратиться к рассмотрению “гравиданотерапии” с позиций современного состояния науки и современных технологий, возможно сопоставимых с нанотехнологиями? — Пусть на этот вопрос ответят компетентные ученые. Ведь современные лидеры эндокринологии и клиники НИИ эндокринологии и химии гормонов РАМН, ведущих кафедр ММА им. Сеченова (И. И. Дедов и Калинин, 2006 г.; Ю. Аляев, М. Чалый, В. Пронин, 2008 г., Михайличенко В. В. и соавт., 2005 г.) и мн.др. заявляют, что эндокринные аспекты старения и борьба за активное, сексуальное долголетие всегда находились в центре внимания ученых. Что установлен ведущий механизм мужского старения — синдром возрастного андрогенного дефицита (ВАД), с которым связано угасание половой функции и снижение качества жизни. Поэтому медицина объявляет старению непримиримую борьбу. Стратегия этой борьбы — заместительная терапия андрогенами, напр. тестостероном или его пролонгированным аналогом — НЕБИДО. Это позволяет улучшить, в частности, и эректильную функцию у стариков. Но все это еще в 1928 году предлагал и осуществлял доктор Замков с помощью своего гравидана. Так же, как теперь М. Каррузерс с его монографией “Революция тестостерона” (2006 г.), доктор А. А. Замков еще 75 лет назад имел все основания для написания аналогичной “Революции гравидана”. Но ему не дали сделать этого, разгромив его концепцию гравиданотерапии в 1930, а потом — в 1938 — и его Институт Уро-гравиданотерапии.

Постскриптум

Окончательная точка в деле о гравидане, поставлена 30 декабря 1964 года Приказом Минздрава СССР об исключении из номенклатуры и прекращении производства малоэффективных или не вошедших в медицинскую практику препаратов. Среди прочих, третьим по списку указан гравидан. Но еще долго, — как свидетельствует старейший психиатр больницы Нина Павловна Дейкина, — до конца 60-х годов в старых корпусах МОПБ №5, унаследованных от Института Урогравиданотерапии, бегали сиротливые белые мыши. Еще живы ветераны московской академической психиатрии, помнящие лечение гравиданом в больнице им. Кашенко: проф. Ю. И. Либерман и психиатр, историк отечественной психиатрии З. М. Агеева.

В. И. Мухина пережила мужа на 11 лет и умерла в год смерти Сталина в возрасте 64 лет. Государственный скульптор СССР №1, пятикратный лауреат сталинской премии, она, так же, как и ее супруг, выдающийся врач-исследователь А. А. Замков, на своей родине превращается в миф, который зарастает травой забвения.

Из 150 законченных скульптур наследия В. И. Мухиной теперь в музеях РФ не более 3-х десятков. “Рабочий и колхозница” — грандиозный символ советской эпохи — подверглись пошлой кощунственной выходке с одеванием в американские джинсовые костюмы, затем обезглавлены и демонтированы якобы для ремонта. Неслучайные дела всех революций, совершаемые по ле-



Модель памятника защитникам Севастополя. Деталь.
1944 г.

нинским декретам или втихомолку. Слово Смердяков встал во весь рост на месте этому памятнику Родины и отыгрался на потомках всех этих Циолоковских, Королевых, Янгелей, Стахановых, Чкаловых, Жуковых, Матросовых, Курчатовых, Гагариных. Потому ли, что “слишком многим людям стала важна эффективность достигнутого уровня потребления, свободного от общей цели и совести” (С. Батчиков)? Или десакрализация символов отвергнутой эпохи стала политтехнологией, которая утверждает, не только “мы всякого гения потушим во младенчестве” (Достоевский), но и всякую память о нем в поколениях?

Но слов ни из песни, ни из гимна не выкинешь. Революции приходят и уходят, а история остается. Как остается изваянный Мухиной вечный символ советской эпохи. Теперь, после капиталистической революции, настало время буржуазной скульптуры, но даже известный скульптор с его “шедеврами” (вроде Гулливера — Петра 1-го на стрелке Москвы-реки⁷, или громадины “Материнства” на пицундском пляже) не в силах изваять фигуру обывательского капитализма.

Сын великой семьи Всеволод Замков на закате жизни “пристально всматривался в прошлое и пытался понять те сложные духовные процессы, которые позволили вопреки всему уцелеть русской культуре” и задавался вопросом, “как же воспринимала Вера Игнатьевна ту вак-

⁷ Знаменательно совпадение сакрального места стрелки Москвы-реки у Кремля, где мечтала поставить свой монумент Вера Мухина, и где неслучайно был взгроможден Гулливер-Петр 1-й как прототип реформаторов самого духа Руси.

В. И. Мухину глубоко возмущало место “Рабочего и колхозницы” на “пеньке” у входа ВСХВ (теперь ВВЦ).

ханалию зла, которая кружилась вокруг нее? Как это зло отразилось на ее творчестве?” И отвечает: “Несомненно, мои отец и мать были идеалистами”. Он вспоминает.

“Последней неосуществленной “большой мечтой” Веры Игнатьевны был памятник защитникам Севастополя. Надо сказать, что к этой теме у нее было особое, глубоко личное отношение. Свое детство Вера Игнатьевна провела в Крыму, в Феодосии. Первая оборона Севастополя 1855 года была в центре внимания увлекавшейся историей девочки. Доводилось ей встречаться и со старыми ветеранами обороны. Она не раз бывала в Севастополе, и его герои, не только Нахимов и Корнилов, были для нее живыми и близкими. Когда в пятилетнем возрасте я попал в Севастополь, мать повела меня смотреть панораму и долго с полным знанием объясняла мне все детали изображенной там битвы. Поэтому, как только в 1944 году Севастополь был освобожден от фашистов, она с каким-то восторгом отложила многочисленные стоявшие на очереди военные портреты и занялась памятником. В эти дни стремительных побед нашей армии все казалось возможным, и у нее возникла идея грандиозного монумента — 60-метровой башни, стоящей в воде севастопольской бухты и увенчанной скульптурной группой, обращенной во все стороны, “как еж”, говорила она. Приведу ее собственные слова: “Воздух чист и прозрачен, и далеко-далеко на горизонте начинают показываться желтоватые утесы Севастополя. Но что это там, на горизонте, недалеко от утесов? Сначала показалась самая верхушка, потом обнажились попеременные реи... Все ближе и ближе. Судно вырастает из моря в розовой дымке утреннего тумана. Как будто огромный военный корабль стоит в море и охраняет утренний покой еще не проснувшегося города-героя. Вот первый утренний ветерок пронесся над морем. Заколыхались, заструились дымки и унеслись. Что это? Далекий корабль оказался огромной каменной башней, сложенной из циклопических камней. А на вершине ее уже не мачты, а группа стальных гигантов, нежно розовеющих в отблесках зари. Реи превратились в винтовки. Вся группа — как огромный оцетинившийся еж в титаническом отпоре врагу, и только фигура командира спокойно поднимает флаги, отдавая какой-то вечный, непоколебимый приказ следующим поколениям...” (фото: модель памятника защитникам Севастополя. Деталь. 1944 г.)

Этот случайно сохранившийся отрывок относится к 1953 году, когда смертельно больная Вера Игнатьевна продолжала мечтать о своих несостоявшихся произведениях и диктовала мне кусочки своих видений о мире, который она так хотела не только украсить, но наполнить своим вдохновением”.

Путь великих подтверждает справедливость мысли академика Павлова, всю жизнь искавшего разгадку души — как “высшей нервной деятельности” — в рефлексках, а в нобелевской речи заявившего, “в сущности нас интересует в жизни только одно — наше психическое содержание”... и его духовная суть, — говорят нам великие современники.

**Виктор Остроглазов,
доктор медицинских наук,
член Научного общества
историков медицины России**

Заседание Экспертного совета при Уполномоченном по правам человека в РФ

Необходимость серьезного совершенствования системы правосудия в России давно обсуждается адвокатским и юридическим сообществом страны, и заявлено недавно в высших эшелонах государственной власти. НПА России разработала законопроект **“О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации”**, направленный на реализацию в уголовно- и гражданско-процессуальном законодательстве **принципов состязательности и равноправия сторон** в части регулирования вопросов **использования при производстве по делу специальных знаний** в области науки, техники, искусства или ремесла. Необходимость предлагаемых изменений и дополнений законодательства определяется целым комплексом причин, среди которых:

1) *несовершенство законодательных норм*, регулирующих вопросы использования специальных знаний при производстве по делу, и *наличие пробелов и противоречий в российском законодательстве*, в том числе **неучет общепризнанных принципов и норм международного права, которые должны быть составной частью правовой системы Российской Федерации**;

2) *проблемы судебной экспертизы и экспертной службы, в частности, низкий уровень экспертных заключений, государственная монополизация судебной экспертизы, проблема независимости эксперта*;

3) *неадекватная позиция правоохранительных органов и суда в отношении оценки заключения эксперта и разъяснения специалиста*.

Подготовленный законопроект уже направлен в Комитет Государственной Думы по гражданскому, уголовному, арбитражному и процессуальному законодательству в соответствии с абз. восьмым ч. 1 ст. 27 ФЗ “Об общественных объединениях”, как предложение НПА России по совершенствованию действующего законодательства, и опубликован в журнале “Новая юстиция” для обсуждения юридическим сообществом. Однако, мы хорошо знаем, что от разработки и предложения тех или иных изменений законодательства до их обсуждения и принятия, сколь бы важными и необходимыми они не являлись, проходит весьма длительное время. Поэтому в настоящее время

НПА разрабатывает систему мер по продвижению предлагаемого законопроекта.

Одним из первых шагов на этом пути стало проведение заседания секции Экспертного Совета при Уполномоченном по правам человека в Российской Федерации, которое состоялось 14 августа 2008 г. На заседание были приглашены представители государственных и негосударственных экспертных организаций, ведущие адвокаты Москвы, преподаватели юридических вузов и представители органов здравоохранения, осуществляющих контроль за порядком производства медицинской экспертизы, в том числе сотрудники Государственного научного центра социальной и судебной экспертизы им. В. П. Сербского. Последние на заседание не явились, что, однако, вполне может объясняться периодом летних отпусков. Как пошутил Уполномоченный по правам человека в Российской Федерации В. П. Лукин, открывая заседание: “Здесь сегодня собрались люди невменяемые, потому как вмняемые в настоящее время отдыхают”.

Обсуждение прошло весьма плодотворно. Руководители различных адвокатских сообществ Москвы приняли решение разместить на своих сайтах текст законопроекта и организовать обсуждение с коллегами. Законопроект был поддержан, подчеркнута его актуальность. Были сделаны и некоторые новые предложения (например, наделить адвоката правом назначать проведение экспертизы по делу), которые, однако, не получили общего одобрения. По общему мнению, кардинальный пересмотр российского законодательства в настоящее время не требуется, нужно лишь более четко проговорить все, что касается прав экспертов и специалистов, их участия в судебно-следственном процессе, обеспечения принципов равноправия и состязательности сторон.

Отдельно обсуждались действия по продвижению законопроекта. Уполномоченный по правам человека предложил свое содействие и сделал целый ряд конкретных предложений, в том числе, включить данный проект в программу противодействия коррупции, которую разрабатывает сейчас Совет при Президенте РФ.

Две монографии НПА России

Осень 2008 года ознаменовалась активизацией издательской деятельности НПА России. Были изданы две монографии.

Первая из них — **“Предотвращение суицидов в армии”** — состоит из трех разделов: научного очерка исследования этой проблематики, написанного руководителем суицидологического отдела Московского НИИ психиатрии проф. В. Ф. Войцехом, экспертных материалов (Л. Н. Виноградова) и методического руководства по этой проблеме (Ю. С. Савенко, Л. Н. Виноградова). Новациями предлагаемых рекомендаций являются формирование группы риска не только из лиц с возможным суицидальным риском, но также с виктимным риском и риском агрессивных действий, опора не на отдельные характерологические черты, а на квалификацию акцентуаций характера в целом, акцент на клинко-психопатологическом подходе и социально-психологическом описании микросоциальных групп, а не анкетных методах, а также основанное на анализе обширного экспертного материала внимание к болевым темам, которые выпадали из поля зрения прежним рекомендациям такого рода, как например, гомосексуальные тенденции, пограничный уровень умственных способностей, нигилистический тип мировоззрения и, наконец, внимание к конкретным особенностям психологической атмосферы и взаимоотношениям в микросоциальных группах, включая стиль руководства. Значительное число работ на эту тему написаны отнюдь не с позиции потенциальной жертвы.

Даже по официальным данным половина небоевых потерь в армии связана с “высоким уровнем суицидов”, а корректнее сказать, “высоким уровнем доведения до суицида”. Хотя радикальным средством от этого была бы профессиональная армия, пока ее нет, предлагаемый подход был бы полезен. Приводим содержание книги.

I. Диагностика и профилактика суицидального поведения у военнослужащих. Научно-исследовательский очерк проблемы — В. Ф. Войцех

1. Введение
2. Немного о статистике
3. О суицидальных факторах с учетом их исторического аспекта
4. Социально-психологический аспект суицидального поведения
5. Социологический аспект самоубийства
6. Психологический аспект суицидального поведения
7. Характеристики суицидального поведения
8. Классификация реакций суицидального поведения
9. Варианты суицидального поведения
 - 9.1. Суицидальная попытка

- 9.2. Суицидальная угроза
 10. Динамика суицидального поведения
 11. Психологические кризисные состояния
 12. Факторы риска суицидального поведения
 - 12.1. Ситуационные факторы
 - 12.2. Эмоциональные нарушения
 - 12.3. Алкоголизм
 13. К диагностике и профилактике самоубийств
- II. Посмертная экспертиза солдат срочной службы. Экспертные материалы — Л. Н. Виноградова**
1. Вопросы к экспертам
 2. Комплексные психолого-психиатрические экспертизы по фактам суицидов солдат срочной службы в 2005 – 2007 гг. — экспертные примеры
 - 2.1. Собственно суициды
 - 2.1.1. Пример решающей роли индивидуаль-но-психологических особенностей личности
 - 2.1.2. Пример тяжелого психогенно обусловленного депрессивного состояния
 - 2.2. Доведение до суицида
 - 2.2.1. Доведение до суицида физическим насилием
 - 2.2.2. Доведение до суицида систематическим унижением человеческого достоинства
 - 2.3. Неполнота данных
 3. Тенденции развития экспертной практики
- III. Практическое руководство для военных психологов — Л. Н. Виноградова, Ю. С. Савенко**
1. Введение
 2. Формирование группы риска
 - 2.1. Внешние девиации
 - 2.2. Контраст с прежним образом жизни
 - 2.3. Акцентуированные личности
 - 2.3.1. Дистимические (депрессивные)
 - 2.3.2. Циклотимные (аффективно-лабильные и аффективно-экзальтированные)
 - 2.3.3. Эмоционально-неустойчивые или возбудимые
 - 2.3.4. Тревожные (боязливые)
 - 2.3.5. Педантичные (ананкастные)
 - 2.3.6. Демонстративные (истерические, инфантильные)
 - 2.3.7. Экстремальные (эксцентричные)
 - 2.3.8. Зависимые (бесхарактерные, пассивные)
 - 2.3.9. Застревающие (склонные к сверхценностям, параноические)
 - 2.3.10. Бесчувственные (диссоциальные и шизоидные)
 - 2.4. Гомосексуальные тенденции
 - 2.5. Пограничный интеллектуальный уровень
 - 2.6. Органическая отягощенность
 - 2.7. Алкоголизм, никотиномания, токсикомания и наркомания

- 2.8. Возможные маскированные латентные психические расстройства
- 2.9. Психореактивные депрессивные состояния
- 2.10. Тяжелые психотравмы
- 2.11. Неуставные отношения
- 2.12. Ресентимент
- 2.13. Нигилизм и аномия
- 2.14. Индуцированные реакции
- 2.15. Парадоксальные реакции и состояния
3. Определение степени риска
4. Описание микросоциальной группы и внутригрупповой динамики
5. Экспериментальные методы
6. Способы предотвращения суицидов в армии.
 - 6.1. Вклад Министерства обороны РФ
7. Что может психолог
 - 7.1. Основные способы выхода из кризиса
 - 7.2. Психологические критерии суицидальной опасности в армии
 - 7.3. Первая помощь при опасности самоубийства
 - 7.4. Неотложные меры
8. Заключение
9. Советы военнослужащему срочной службы

IV. Приложения

1. Директива Министерства обороны РФ о мерах по предотвращению самоубийств (1996)
2. Приказ Министерства обороны РФ от 25 сентября 1998 г. № 440 “О системе работы должностных лиц и органов управления по сохранению и укреплению психического здоровья военнослужащих вооруженных сил Российской Федерации”
3. Методика работы командира по сохранению психического здоровья военнослужащих (1998)
4. Дополнительные “неоконченные предложения”
5. Казусные вопросы
6. Опросник суицидального риска (ОСР)
7. Опросник социально-психологической адаптации Роджерса и Даймонда
8. Тест осмысленности жизни Крамбо и Махолика

Вторая монография — это **“Фундаментальные вопросы американской судебной психиатрии и психиатрии и права”**, чрезвычайно информативная и в то же время увлекательная книга-путешествие в американскую судебную психиатрию, которая значительно дальше продвинулась по пути дифференцированности практических понятий и процедур. Автор — **Владимир Витальевич Мотов**, врач-психиатр, прошедший клиническую ординатуру по судебной психиатрии в Центре В. П. Сербского, основал курс судебной психиатрии на юридическом факультете Тамбовского университета и в течение года изучал судебную психиатрию, право и психиатрию в Университете Джорджа Вашингтона и Джордж-Таунском университете США. Этот интенсивный и разнообразный опыт лег в основу монографии, ознакомившись с которой постоянный почетный член Американской

психиатрической ассоциации д-р Ричард Ратнер написал: “Эта тщательно подготовленная и хорошо аргументированная монография выводит д-ра Мотова в первый ряд российских судебных психиатров. Действительно, трудно представить себе другого коллегу с подобными энциклопедическими знаниями американской судебной психиатрии”. Приятно упомянуть, что выход монографии был благожелательно воспринят в Центре В. П. Сербского. Приводим содержание этой замечательной книги.

Глава 1. Судебная психиатрия как предмет обучения и изучения в американском вузе

Глава 2. Судебно-психиатрическая экспертиза в уголовном процессе.

Основные вопросы

Терминологические трудности

Особенности американской юридической системы

Организация СПЭ

Эксперт

Заключение эксперта

Право обвиняемого отказаться отвечать на вопросы психиатра

Право на независимую судебно-психиатрическую экспертизу

Глава 3. Психическое расстройство и уголовная ответственность

Невменяемость. Защита на основании невменяемости (The Insanity Defense)

(1) Формула M’Naghten

(2) Формула “непреодолимого импульса”

(3) Формула Durham

(4) Формула ALI

(5) Федеральный тест невменяемости (1984г.) или “M’Naghten II”

Автоматизм. Защита на основании автоматизма или “бессознательного состояния” (The Automatism Defense)

Защита на основании уменьшенной способности сформировать преступный умысел (The Diminished Capacity Defense)

Перспективы отмены защиты на основании невменяемости

“Виновен, но психически болен” (Guilty But Mentally Ill)

Принудительные меры медицинского характера в отношении лиц, признанных неответственными

Глава 4. Способность обвиняемого с психическим расстройством предстать перед судом

Способность предстать перед судом (СППС).
Определение термина

Формула СППС

Амнезия и ее значение при оценке СППС

Кто и когда может поднять вопрос об СППС

Роль специалистов в области психического здоровья

Восстановление СППС. Как долго оно может продолжаться

Психофармакотерапия и СППС

Глава 5. Способность обвиняемого с психическим расстройством принимать решения в уголовном процессе

Способность признать себя виновным

Способность отказаться от права на помощь адвоката

Показания психотического больного как доказательство по делу

Глава 6. Расстройство в виде множественной личности (РМЛ) и его судебно-психиатрическая оценка

Диагностические критерии РМЛ

Американские психиатры и РМЛ

Mass media и РМЛ

Лечение с помощью восстановленных воспоминаний

Иски пациентов к психотерапевтам

Обеспокоенность профессионального сообщества

Судебно-психиатрические аспекты РМЛ

Глава 7. Демедицинизация психиатрии

Психиатры, психологи, социальные работники

Вызов медицинской модели психического расстройства

Как суды перераспределяют функции специалистов в области психического здоровья

Система медицинского страхования и демедицинизация психиатрии

Психологи и психофармакотерапия

“Начинающаяся катастрофа”: взгляд из Америки и из России

Глава 8. Информированное согласие на психиатрическое лечение

Элементы доктрины информированного согласия

Способность выразить согласие на лечение

Право “недобровольного” пациента отказаться от лечения

“Экономически-обусловленное информированное согласие”

Глава 9. Информированное согласие и добровольная психиатрическая госпитализация

Стандарт согласия на госпитализацию

Степень добровольности добровольной госпитализации

Степень информированности согласия пациента

Альтернативы информированному согласию

Глава 10. Недобровольная психиатрическая госпитализация

История вопроса

Lessard v. Schmidt

Недобровольная госпитализация пассивно опасных для себя пациентов

Стандарт доказательства

Надежность психиатрических заключений

Концепция опасности

(1) Характер вреда

(2) Размеры вреда

(3) Близость вреда во времени

(4) Частота вреда

(5) Вероятность вреда

(6) Ситуационные факторы

(7) Соответствие ограничительных мер характеру предполагаемого вреда

Процедуры недобровольной госпитализации

Альтернативы недобровольной госпитализации

Недобровольная госпитализация “сексуальных хищников”

Глава 11. Конфиденциальность в психиатрии

Этическое регулирование

Правовые нормы

Исключение из правила конфиденциальности

Судебная привилегия конфиденциальности

Привилегия конфиденциальности в уголовном процессе

История болезни как конфиденциальный и не конфиденциальный документ

Информационные технологии и конфиденциальность

Глава 12. Профессиональная небрежность и субстандартное лечение

Стандарт психиатрической помощи

Анализ причинности

Ответственность врача за суицид пациента

Ответственность лечебного учреждения за суицид пациента

Williamson v. Liptzin

Профессиональная небрежность при выборе метода лечения и теория “уважаемого меньшинства”

Сексуальные отношения между психиатром и пациентом как доказательство субстандартного лечения

Darnaby v. Davis

Глава 13. Научные исследования в психиатрии: этика исследователя и безопасность пациента

Фарминдустрия и научные исследования

Хельсинская декларация

Плацебо-контролируемые исследования

Правовое регулирование

Информированное согласие на участие в научном исследовании:

(1) Достаточность информации

(2) Способность принимать решения

(3) Добровольность решения

Субъекты с нарушенной способностью принимать решения

Глава 14. Заключение

ПСИХОПАТОЛОГИЯ И ТВОРЧЕСТВО

Отклик на наше время в стихах

Виктор Каган

ИЗ АВГУСТОВСКОЙ ТЕТРАДИ

* * *

Окровавленный август, распятый в огне.
Не рыдай мене, мати, взгляни-ка туда,
где геранька стоит в обгоревшем окне
словно в небе застывшая болью звезда.

Ни на тех, ни на этих не вижу креста.
Он в прицельную рамку закатан злобой,
и не святы ни правда и ни простота,
что меня отдают и зовут на убой.

Все повторится снова прозреньем в бреду.
И я снова приду, чтобы снова уйти,
как написано на человечесем роду,
боль земную сжимая в холодной горсти.

Не рыдай мене. Слезы свои береги,
брата младшего сказкою мести не рань...
... а в горчащем дыму ни просвета, ни зги —
только в рваном окне ищет солнца герань.

10 августа

* * *

... так и жили они — от войны до войны,
от вины до вины, от опять и до снова,
и смеялись над чудиком, что ветряным
угрожал агрегатам, дурилка хренова.
Суетились, грешили, молились едва,
пили, ели и пели, и ездили в гости.
И не слышали, как, их дыханьем жива,
мелет старая мельница новые кости...

14 августа

* * *

Понад кровавою росую,
понад печалью, болью, горем,
старуха-смерть, маши косою,
маши косою, пока мы спорим,
маши, пока в мозгах разруха
не прорастет травинкой смысла.

... Идет по трупам смерть-старуха.
От крови гнется коромысло.

22 августа

* * *

*Судьба? Какие с нею счеты?
Н. Александров*

Были нелепица, снов небылицы,
слов окоlesiца, лестницы зев.
Память листает страницы и лица,
плач и молитву бубня нараспев.

Шарик вращается, солнышко катится,
в ведро стекает кровавый закат.
Господи Боже, какая невнятица
душу морочит навзрыд, невтопад.

Яблоки падают. Синь голубичная.
Запах грибной. Паутинчатая тишь.
Тянется в даль полоса пограничная.
Что там за нею? Не разглядишь.

Мир и война — на раз-два. И равнение
на польхание судеб в дыму.
Листья горят — свечи поминовения
в болью пропахшем миру и дому.

Бабьего лета дыханье сбивается.
Время накручивает выражи.
Шарик земной на травинке качается
честного слова над пропастью лжи.

24 августа

Alager com alagero

Брат, если жизнь не дорога
и скучно в мире жить.
ты отыщи себе врага,
чтоб голову сложить.

А нет врага — создай его,
придумай, сотвори,

на волю выпустив того,
что у тебя внутри.

Он в друга с воздухом войдет —
готов смертельный враг.
И в бой — труба войны зовет,
держи повыше флаг.

Кроши и жги, коли в живот,
ликуй, врага рубя...
Не бойся — он ведь не убьет.
Ты сам убьешь себя.

А больно — что за ерунда?!.
Героем стал? Будь рад.
И катится твоя звезда
в тошнотно-сладкий смрад.

25 августа

* * *

Говорили не спеша
ни о чем. Плыла лениво
речь, минутами шурша.
Ночь текла неторопливо
между пальцев и вода
протекала в старом кране.
Стыла в форточке звезда.
Кошка спала на диване.
Вспоминали имена,
небо вкуса Цинандали ...

Там уже была война.
Мы о ней еще не знали.

27 августа

* * *

было миловало мяло
было счастья и тоски
время на часах стояло
стрелок выставив штыки

было сплыло миновало
и манила и влекла
то гармония овала
то стремительность угла

много съезживалось в *мало*
зябла на ветру жара
птичка звездочку склевала
сну не спалось до утра

бился в колокол вокзала
гулкий гомон кочевой
купол золотой устало
бился в небо головой

обжигала жизнь глаголом
прилагательным целя
и в свои ворота голом
кувырком неслась земля

1 сентября, Москва.

© В. Е. Каган

**XXV КОНГРЕСС
ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ АССОЦИАЦИИ
ЛАТИНСКОЙ АМЕРИКИ**

19 – 22 ноября 2008 г., Исла Маргарита, Венесуэла

Belford.ed@excite.com; www.apal.2008.org

НЕКРОЛОГ

Елена Николаевна Прокудина (Канторович) 15.09.1941 – 26.07.2008

После непродолжительной тяжелой болезни от нас ушла член-корреспондент НПА России — Елена Николаевна Прокудина, доктор медицинских наук, заведующая лабораторией биофизики вирусов Института Вирусологии РАМН. На траурной церемонии директор института Вирусологии назвал Елену Николаевну представителем “элиты российской науки”.

Занимая выдающиеся позиции в отечественной и мировой молекулярной биологии вирусов, она одновременно имела сертификаты психотерапевта и иглорефлексотерапевта и с успехом занималась такого рода помощью. Будучи дочерью выдающегося психиатра проф.

Н. В. Канторовича и женой психиатра-психотерапевта В. Н. Прокудина, она имела живой интерес к исследованиям в области психического здоровья, и активно участвовала в работе Независимой психиатрической ассоциации России: проводила исследования, публиковала статьи в Независимом психиатрическом журнале, участвовала в семинарах и международных конференциях. Елена Николаевна сотрудничала также с общественной благотворительной организацией помощи беженцам и вынужденным переселенцам “Гражданское содействие”, возглавляемой внучкой П. Б. Ганнушкина — Светланой Ганнушкиной, душевно помогая людям, потерявшим своих близких, оставшимся без крова над головой, подвергающимся дискриминации и притеснениям.



Елена Николаевна вобрала в себя прекрасный генетический материал от отца и матери (оба — профессора медицины) и от брата отца — Л. В. Канторовича — лауреата Нобелевской премии по экономике (1975 г.). Отсюда, по-видимому, присущие ей глубина интеллекта, широта и разносторонность ее интересов, музыкальная и литературная одаренность, спортивные достижения (чемпион по плаванию среди юниоров Киргизии), легкость общения с окружающими и с аудиторией любого интеллектуального уровня, умение найти контакт с любым собеседником, а порой, и озорство и артистичность.

Елена Николаевна останется в нашей памяти не только как специалист высокого уровня в области вирусологии, пытавшийся в нескольких научных публикациях установить связь между некоторыми вирусами и психическими расстройствами (ВИЧ, вирус болезни Борно и др.). Она была обаятельной женщиной, любящей и любимой женой, матерью, бабушкой, прекрасной пианисткой и гитаристкой, фотографом-художницей, “душой” дружеской компании, автором многочисленных остроумных скетчей за праздничным столом. И эта женщина с необыкновенным мужеством стойчески переносила самые страшные удары судьбы, которых слишком много выпало на ее долю. Она показала всем нам достойный пример, и светлая память о ней всегда будет с нами.

РЕКОМЕНДАЦИИ

Густав Шпет. Очерк развития русской философии. — М., 2008

Людвиг Витгенштейн. Логико-философский трактат. — М., 2008 (*впервые собраны немецкий подлинник, английский и русский переводы*)

Поль Рикёр. Я-сам как другой. — М., 2008

Е. В. Фалев. Герменевтика Хайдеггера. — СПб., 2008

* * *

Людвиг фон Мизес. Человеческая деятельность. — Челябинск, 2008

Гельмут Шёк. Зависть. Теория социального поведения. — М., 2008

Эрих Калер. Избранное: Выход из лабиринта. — М., 2008

* * *

Даниел Канеман. Внимание и усилие. — М., 2006

Жан Старобинский. Действие и реакция. — СПб., 2008

Марк Бейкер. Атомы языка. Грамматика в темном поле сознания. — М., 2007

Ю. А. Данилов. Прекрасный мир науки. — М., 2008

Л. Ю. Лиманская. Оптические миры. — М., 2008

Человек и природа: экологическая история. — СПб., 2008

* * *

Эдит Штайн. Наука Креста. — М., 2008

Симона Вейль. Тяжесть и благодать. — М., 2008

Протоиерей Валентин Свенцицкий. Собрание сочинений. — М., 2008

Наталья Ростова. Человек обратной перспективы. Опыт философского осмысления феномена юродства Христа ради. — М., 2008

Игумен Андроник (Трубачев). Закрытие Троицко-Сергиевской Лавры и судьба мошей преп. Сергия Родонезского в 1918 – 1946 гг. — М., 2008

* * *

Дневник Л. А. Тихомирова 1915 – 1917 гг. — М., 2008

История и коллективная память. — Москва — Иерусалим, 2008

В. Е. Келнер. Миссионер истории. Жизнь и труды Семена Марковича Дубнова. — СПб., 2008

Сабина Рихебехер — Сабина Шпильрейн: “почти жестокая любовь к науке”. — Ростов-на-Дону, 2007

В. А. Тишков. Наука и жизнь. Разговоры с этнографами. — СПб., 2008

Мария Белкина. Скрещение судеб. — М., 2008

Ирена Желвакова. Кружение сердец. — М., 2008

Умберто Эко. Картонки Минервы. — СПб., 2008

Умберто Эко. Таинственное пламя царицы Лоаны. — СПб., 2008

* * *

Пабло Пикассо. Стихотворения. — М., 2008

Ларс фон Триер. Догвиль (сценарий). — М., 2007

Ларс фон Триер. Интервью — СПб., 2008

Петер Эстерхази. Harmonia caelestis. — М., 2008

Эрик-Эмманюэль Шмитт. Оскар и Розовая Дама. — СПб., 2008

Эрик-Эмманюэль Шмитт. Одетта. — СПб., 2008

ABSTRACTS & TRANSLATION

“Locus of Control” by Julian Rotter from Positions of Psychometria

I. E. Sekoyan (Erevan, Armenia)

The key words: *Locus of control, psychometria, correlation, psychophysiological characteristics, age dynamics.*

Locus of control — LOC is a construct described by J. Rotter and the scale “Rotter External — Internal locus of control scale” (I-E Rotter’s Scale) for evaluation of generalized expectations of internal/external control of reinforcement, which allow to determine if events are interpreted as dependent on behavior or characteristics of an individual or as a result of a chance, fateful or happy concurrence of circumstances. Interdependence of “locus

control” with personal — behavior characteristics is considered as a peculiar key in studying phenomenology and making prognosis for motivation of behavior of individual in different pathological conditions and situations of stress. The analysis of research conducted in representative groups with the help of standardized methods of psychometry and biostatistics has demonstrated that “locus control”, described by J. Rotter can be considered as sufficiently stable and selectively associated with personal-emotional characteristics of the construct, which is not subjected to age dynamics of substantial transformation.

Nominalistic Aspects of Clinical Psychopathology: Delusion and Monomanias

N. Yu. Pyatnitski

The article deals with dynamics of formation of concept “delusion” in Freud and German psychiatry of XIX century, analyzed meaning of the concept of monomanias of Esquirol and criticism of it by contemporaries for further development of studies of delusion disorders and their differ-

entiation in the article are presented the first attempts, to determine constitutional factors of propensity to mental disorders, named main mechanisms of appearing delusion, listed in the words of Esquirol, J. Baillarger, W. Griesinger, K. Kahlbaum, C. Westphal, P. Falret, V. Magnan.

Towards ICD-11

Yury Savenko (Moscow, Russia)

The purpose of the present report is to formulate main shortcomings of ICD-10 and to work out proposals for their elimination without losing its positive contributions.

Such as:

High technical perfection,

Good suitability for practical use for various aims,

Letter-figure code, which has widened for three times number of categories,

Indication to possibility to use several codes in each concrete case,

Attention to duration of symptomatics,

Clear cut separation of “temporary” and “presumable” diagnoses,

Declaration of descriptive character of classification,

Terms, which “don’t possess theoretical sense”,

Exclusion from schizophrenia such terms which were present in Russian psychiatry as latent sluggish prodromal schizophrenia and paranoid schizophrenia and so on.

However the declared and actually necessary principle of atheoretics has remained only declaration and in many places of the classification was materialized half-and-half.

Atheoretics can be achieved only by purely descriptive character of all clinical and psychopathological characteristics in use. They should be qualified beginning from the most obvious factors: psychotic — non-psychotic level, syndromal picture, type of the course, presence of prodromality and defect. This is actually the problem of extensive psychiatric diagnosis, which includes in perspective evaluation of compensatory possibilities of a person.

While ICD-9 ignored the first pre-nosological stage of natural classification and was prematurely nosological, ICD-10 represents something intermediary between syndromal and nosological classification. Both ways are unproductive. Naturally two stages classification comes to mind: at the first stage — purely descriptive, syndromological one and at the second stage — nosological.

The mentioned half-way policy of ICD-10 is the most vividly demonstrated by refusal of fundamental demarcation of neuroses and psychoses. The former dichotomy “neurosis -psychosis” contained at least two heterogeneous foundations: genetic (explanatory) and morphological

(descriptive). That is not only and not by degrees notion of special psychological situation of an inner conflict causing characteristic clinical syndromes, known as “neuroses”, but more so seeing in all syndromes “non-psychotic” and “psychotic” level of disorganization of psychic activity, theoretically and etiological neutral. For instance, notion of neurotic depression was used in a sense of non-psychotic depression, mostly without relation to neurosogenic situation.

Distinction of non-psychotic depression from a psychotic one is the distinction not in a degree of intensity of classic set of symptoms and even in completeness of that set, which was the main principle used in ICD-10, but in ten times less differentiated organization of all psychic activity, regressing to more primitive level. The notion of regress is used here as purely descriptive term in tradition of Kurt Goldstein and Kurt Levin. Psychotic depression is marked by initial emptiness, inability of formation distinctive from background of outlined emotions on totally specially changed background of mood which got the name of protopathic or vital.

These terms express understandable in the framework of description the fact of principally more primitive organization and principally greater depth, but not the intensity of an affective disorder. This important demarcation advantageously differs from too general notion of “seriousness (heaviness)”, used by ICD-10. Depth means infiltration, figuratively speaking, in deeper layers and taking roots in them, which is demonstrated in high and long resistance to various outside factors and monotony. This is the same super firmness, which is the main characteristics of delusion, when sickly destruction emerges or spreads to the next more deep register. Hence, high importance of “delusion mood” and its equivalence with psychotic level of disorganization in psychotic depression, psychotic anxiety, psychotic mania and psychotic extasy.

Psychotic level is a qualitative, i.e. typological difference of descriptive character. While in case of a genetic base exist great many different explanatory mechanisms, by which presumably with the help of some proof is concluded emergence of some or other syndrome, in case of morphological base it is not necessary to conclude and to prove anything, but only to describe facts.

But authors of introduction in ICD-10, rejecting dichotomy neurosis — psychosis repudiated not only genetic, but morphologic understanding of this demarcation, which is evident on the descriptive level.

About expressiveness (intensity), that is quantification it is correct to speak only in the framework of homogeneous types. In case of depression — separately for non-psychotic depression and anxiety and separately for psychotic depression and anxiety (table 1).

While in relation to psychotic — non-psychotic it is absolutely correct to speak as of qualitatively different, that is different types, but replacing them in ICD-10 by three degrees of seriousness of condition is classificational nonsense. Although the mentioned bulkiness was

made with openly expressed intention of reduction of vital syndrome. According to Kurt Shnaider vital syndrome was an evidence of endogenous process. Since that time the opposition endogenous — exogenous has been diluted. But this syndrome still remains its meaning as a manifestation of psychotic level.

Thus, it was cancelled contribution of Kurt Goldstein and phenomenological school, which had proved possibility and necessity at the descriptive level to single out psychotic level in relation not only to depressive and other affective syndromes, but even asthenic, phobic, obsessive and others.

The phenomenological description in contrast to the inductive description overcomes barriers masked and latent forms of psychic disorders. It is successful due to the fact that the phenomenological description operates with phenomena, but not symptoms, which allows to see different inner structure of each symptom, i.e. that indications, which the inductive method reduces as redundant. Pursuit of big excerpts and inevitable in such case replacement individual psychopathological method by questionnaires and scales could be functional at own place and for own purposes. But the clinical classification requires obligatory combination of contributions of both trends such should be ICD-11, while ICD-10 acting under the slogan of purely the statistic classification in fact ousted the clinical one, which had not been difficult to foresee.

Reduction in ICD-10 of contribution of phenomenological school, first of all of description of psychotic level of disorganization in shape of vital syndrome, individually expressed in different syndromes of different registers, which could be ignored, is the regressive indication of ICD-10 in relation to essence.

But the main thing that as a result of that in ICD-10 the slat of psychotic level for affective syndromes had substantially raised on account of identification of “psychotic” only with the next register, which deprived ICD-10 possibility substantially earlier to initiate resolute intensification of therapy.

So, half-way approach is evident in using the concept of “psychotic”: not as indication ten times more serious disorganization psychic activity and its primitivization as a whole, but a pure indication of presence of delusion, hallucinations, psychomotor agitation or slow down and catatonia.

Thus, by the example of depressions we have tried to prove necessity of introduction in ICD-11 demarcation of psychotic — non-psychotic level of disorganization of psychic activity in the mentioned here sense as well as in other syndromes. The proposed approach widens circle of risk groups, giving possibility to take preventive measures, intensify therapy and to prevent suicidal risk.

This should be helped by 30 years invented by not used in ICD apparatus of modern discrete mathematics which is constantly improving in adequate modeling psychic disorders with a view of their specific. Systematization of mental disorders and deviations in ICD-10 do-

TABLE 1. Rise in standard of psychotic level in ICD-10

3 degree classification of depressive episode ICD-10 F 32 и F 33			Two level typology of classical clinical-psychopathological conceptions	
1	Light	without vital syndromes	Non-psychotic depression and anxiety	1-light
2		with vital syndrome		2-moderate
3	Moderate	without vital syndromes		3-severe
4		with vital syndrome	Psychotic depression and anxiety	1-light
5	Severe	without psychotic symptoms		2-moderate
6		with psychotic symptoms		3-severe

TABLE 2. Objects and types of natural taxonomy

Taxonomical ranks	Types of taxonomy	Types of natural classification	Objects of taxonomy	General features of objects
Types Classes	Typology	Ideal typical Proto typical	Phenomenological syndromes Phenomena	Discontinuity Quality Structural resemblance Phenomenological categories
Classes Kinds (species)	Classification	Polythetic Monothetic	Symptoms Symptom complex, i.e. symptomological syndromes	Continuum Quantity Summative resemblance Inductive categories

esn't take into account fundamental difference between these two spheres, one of which is typological and another concerns fractal chaotically unstable objects, which already requires different taxonomic approaches. The mathematic apparatus of the theory of catastrophes allows to model dynamics of clinico-psychopathological processes and present qualitative changes.

Already one third of the century ago, studying psychotic anxiety-depressive syndromes, I used methodical mode of treatment, which corresponds to receiving fractal multitude of Kantor: I eliminated from analysis the medium third of data in relation to "anxiety-depressive" and "psychotic — non-psychotic". It gave possibility to single out vital, i.e. psychotic radical for anxiety and depressive syndromes and to discover that psychotic anxiety is characterized by tendency to hypoconstancy of perceiving, while psychotic depressive syndrome — by tendency to its superconstancy. Indeed, the research of mixed cases should not allowed to discover this principal difference. Since that time and even earlier, from very different sides had been substantiated taxonomic independence of psychotic anxiety conditions, but it is ignored by ICD-10. Meanwhile two level character of depressive and anxiety syndromes is greatly more adequate and more economically reflects dynamics of clinical realities, than three degree adopted in ICD-10.(Table 1.)

Mathematics, invited as consultants at elaborating DSM-III and ICD-10 used natural classification of polythetic type, which reducing for economy purposes indications which seemed redundant for initially set tasks has deprived it the possibility of further growth. (Table 2).

Meanwhile up to the present most methods of classification, in particular cluster-analysis are directed at getting

polythetic classes. In polythetic classification taxonomic structuring converts into statistical task. Meanwhile "polythetic" is one of 45 characteristics described for natural classifications. But it doesn't mean that it is a last word of systematics. One can hardly state that it is better, more perfect than monotypical prototypical or really-typical. It seems the more correct way is to use each type of classification in relation to its adequate approach to material and put forward tasks. In each separate case different representatives of classification family can be demanded.

Finally, as far as destigmatization is concerned, not only in ICD-10 difficult task of formation respectful attitude to the mentally ill had been replaced by relay-race of changing names and even in there we find ourselves before paradoxically halved decision: the terms: psychopathia", even "patient" had been changed "scarifying correct sense", but was saved greatly more stigmatizing and offensive for patients diagnosis "dementia", "mental retardation", which was given long before obvious indications of actual intellectual weakness.

In conclusion I should state that bringing together ICD-11 and DSM-V due to enriching ICD-11 by multi-axes approach is justifiable, corresponding to practice of large scale diagnosis, which traditional in Russian psychiatry. The same should be said about general tendency of moving from DSM-IV to DSM-V in the spirit of M. Schwartz, O. Wiggins and D. Sadler (2005) and series of publications by A. Kraus, J. Mezzich, I. Saloum and others in the framework by WPA global project of designing personality-centered integrative diagnosis (PID) as the key problem of classification in real clinical practice.

ISSN 1028-8554

НЕЗАВИСИМАЯ ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ АССОЦИАЦИЯ РОССИИ
INDEPENDENT PSYCHIATRIC ASSOCIATION OF RUSSIA

**НЕЗАВИСИМЫЙ
ПСИХИАТРИЧЕСКИЙ
ЖУРНАЛ**

**INDEPENDENT
PSYCHIATRIC
JOURNAL**

**ВЕСТНИК НПА
IPA HERALD**

III

2008

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, ул. Сивцев Вражек, 19, приемная МХГ.

М. “Кропоткинская”

тел. (495) 241-5286

Комиссия специалистов (по предварительному назначению)

работает по вторникам с 16 до 20 час.,
по адресу: Москва, Лучников пер., 4, под. 3, комн. 5-а.

Телефон для справок: (495) 625-0620; факс: 621-0320; 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 — Индукция.
1992, I-II: О предмете советской психиатрии — Проблемы бреда — Доклад комиссии ВРА о визите в СССР в 1991 г.
1992, III-IV: 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: Вялотец. шиз. — О диагн. — Митр. Антоний о мед. 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. — Психохирургия — 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.
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 — Спор.
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: Деят. НПА в 1997 г. — Разв. психиатрич. помощи в России — Этич. стандарты 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: Конц. психопатол. диатеза — Poleмика о борьбе с наркоманиями — Психиатрия и религия — Курт Гольдштейн.
1999, I: Курт Шнайдер. Религиозная психопатология (1) — Психотерапия — Эксп. “Свид. Иеговы” — Басня о психотр. оружии.
1999, II: Шнайдер (2) — Социальная психиатрия — Психотерапия — Всероссийский семинар к 10-летию НПА.
1999, III: Шнайдер (3) — Тенд. рос. 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 — Poleмика — 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 сайентологов и иеговистов.
2001, II: Экзистенциальный анализ восприятия князя Мышкина — Психопатол. диатез — О психич. здоровье и составят. 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 НПЖ — 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. — Права б-х по жилищ. зак-ву — Реформы — Группы поддержки.
2007, I: Кронфельд — Р-во критики — Периодич. болезнь — Установление инвалидности.
2007, II: XII съезд НПА — Концепция бреда — Аутоперсонамнезия — Политизация эксп. — Р-во критики 2 — Кронфельд
2007, III: Шпет — 15 лет Закону — Меззич — Реформа пс. службы — Дело Арап и Поповой — Практика Верх. Суда.
2007, IV: 150-летия Бехтерева, Баженова, Яковенко — Соц. опасность — Место культуры в суд. психиатрии — Алекситимия — Кризисы развития — Суициды в армии — Дело Новикова.

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) 625-0620

Адрес для корреспонденции: 101000, Москва, Лучников пер., 4.

Российский исследовательский центр по правам человека. НПА России