

ISSN 1028-8554

**НЕЗАВИСИМАЯ ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ АССОЦИАЦИЯ РОССИИ
INDEPENDENT PSYCHIATRIC ASSOCIATION OF RUSSIA**

**НЕЗАВИСИМЫЙ
ПСИХИАТРИЧЕСКИЙ
ЖУРНАЛ**

**INDEPENDENT
PSYCHIATRIC
JOURNAL**

**ВЕСТНИК НПА
IPA HERALD**

I

2009

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 15.03.2009. Подписано в печать 27.03.2009. Формат 60×84 1/8.

Бумага типографская офсет № 1. Гарнитура “Таймс”. Печать офсетная.

Тираж 1000 экз. Заказ № 2009-01-IPA.

Цена свободная

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

Отпечатано в типографии издательства “Фолиум”, 127238, Москва, Дмитровское шоссе, 58

СОДЕРЖАНИЕ

20-ЛЕТИЕ НЕЗАВИСИМОЙ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ АССОЦИАЦИИ РОССИИ	5
АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ПСИХИАТРИИ	
<i>Открытое письмо директору Центра им. В. П. Сербского акад. Т. Б. Дмитриевой о состязательной экспертизе</i>	<i>19</i>
Малопрогредиентная шизофрения (шизотипическое расстройство), сочетающаяся с алкоголизмом — А. Г. Гофман, И. В. Шлемина, Е. С. Лошаков, К. Д. Малков.	21
Первичное патологическое влечение к игре. Взгляд с феноменологической и метапсихологической точки зрения — Д. А. Автономов	26
КЛИНИЧЕСКИЕ РАЗБОРЫ	
Параноидная шизофрения или...? — ведущий А. Ю. Магалиф.	36
ПСИХИАТРИЯ И ПРАВО	
Соответствие законодательства Российской Федерации, регулирующего права граждан с психическими расстройствами, Европейской Конвенции о защите прав человека и основных свобод, а также рекомендациям Комитета министров Совета Европы — Ю. Н. Аргунова	48
ИЗ ДОСЬЕ ЭКСПЕРТА	
Деградация экспертных заключений Центра им. Сербского — цена отказа от состязательности	61
СУДЕБНАЯ ПСИХИАТРИЯ	
Обзор “Журнала Американской академии психиатрии и права”, 2008, 4 — В. В. Мотов (Тамбов)	66
ОТКЛИКИ	
Проблема стерилизации недееспособных	72
Права инвалидов с психическими расстройствами (Поездка в ПНИ Самарской области)	73
История Кати Тимочкиной	77
ИЗ ПРАКТИКИ	
Комплексное обследование призывников при военно-психиатрической экспертизе — А. Э. Мелик-Пашаян (Ереван, Армения)	80
ХРОНИКА	
XIV Консторумские чтения	83
18 лет неисполнения закона и киргизский опыт	85
Опасная перспектива	86
ВОСПОМИНАНИЯ	
К 70-летию лидеров НПА России:	
Ю. С. Савенко — Никакие жизненные коллизии не меняют нас с раннего детства	87
А. Ю. Магалиф — Как я стал психиатром	90
М. Е. Бурно — Еще до школы	93
ПСИХОПАТОЛОГИЯ И ТВОРЧЕСТВО	
Андрей Новиков (Рыбинск) — Мировая выставка. Рассказ.	97
Михаил Занадворов — Из тени в свет перелетая	99
РЕКОМЕНДАЦИИ	
АННОТАЦИИ	104

CONTENTS

20-TH ANNIVERSARY OF THE IPA OF RUSSIA	5
URGENT PROBLEMS OF PSYCHIATRY	
<i>Open letter on competitiveness in expert evaluation to acad. T. Dmitrieva, director of the Serbski Center</i>	<i>19</i>
<i>Sluggish schizophrenia (schizotypal disorder) combined with alcohol addiction — A. G. Hofman, I. V. Schlemina, E. S. Loshakov, K. D. Malkov</i>	<i>21</i>
<i>Primary pathological attraction to gambling. Phenomenological and methapsychological point of view — D. A. Avtonomov</i>	<i>26</i>
DISCUSSION OF A CLINICAL CASE	
<i>Paranoid schizophrenia or something else? — supervisor A. Yu. Magalif</i>	<i>36</i>
PSYCHIATRY AND LAW	
<i>Conformity of the laws and regulations of the Russian Federation, that regulate civil rights of people with mental disorders, to the European Convention on protection of human rights and fundamental freedoms, as well as to the recommendations of the Ministerial Committee of Council of Europe — Yu. N. Argunova</i>	<i>48</i>
FROM AN EXPERT'S DOSSIER	
<i>Degradation of expert evaluations of Serbski Center is the price of refusal from competitiveness</i>	<i>61</i>
FORENSIC PSYCHIATRY	
<i>Review of the Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law, 2008, 4 — V. V. Motov (Tambov)</i>	<i>66</i>
COMMENTS	
<i>Problem of medical sterilization of legally incapable women</i>	<i>72</i>
<i>Rights of disabled persons with mental disorders (Inspection trip to the home for mentally disabled people in Samara region)</i>	<i>73</i>
<i>Katia Timochkina's case</i>	<i>77</i>
FROM PRACTICE	
<i>Complex examination of conscripts during psychiatric evaluation — Melik-Pashaian (Yerevan, Armenia)</i>	<i>80</i>
CHRONICLE	
<i>XIV-th Konstorum hearings</i>	<i>83</i>
<i>18 years of ignoring the Law and Kirgizia's experience</i>	<i>85</i>
<i>Dangerous perspective</i>	<i>86</i>
REMINISCENCES	
<i>To the 70-th anniversary of the ipa leaders:</i>	
<i>Yu. S. Savenko — No life collisions can change us from early childhood</i>	<i>87</i>
<i>A. Yu. Magalif — How I became a psychiatrist</i>	<i>90</i>
<i>M. E. Burno — Before the school</i>	<i>93</i>
PSYCHOPATHOLOGY AND CREATIVENESS	
<i>Andrei Novilov (Rybinsk) — The world exhibition. A story</i>	<i>97</i>
<i>Mikhail Zanadvorov. Ffying from shadow to light. A play</i>	<i>99</i>
RECOMENDATIONS	
ABSTRACTS	104

20-ЛЕТИЕ НПА РОССИИ



Отмечая 20-летие Независимой психиатрической ассоциации России, — а это уже исторический срок — можно констатировать, что состоялась и устояла, не изменив себе, уникальная профессиональная организация, выбравшая тернистый путь и возникшая, казалось бы, из воздуха, который всегда заполнен многими возможностями, ждущими своего часа.

Жизнь каждой организации, как и каждого простого человека, может быть транспонирована на языке испытаний Одиссея. И всегда в наших собственных руках — пройти их или не пройти, остаться на острове Цирцеи, а то и превратиться в свиней. Во всем малом содержится великое, и такой взгляд на вещи придает силы, помогает бросить вызов любому Голиафу.

Не пришло время писать обо всем, разве что в общем виде.

На протяжении всех этих 20 лет наша Ассоциация — в связи с особым положением психиатрии — была тонким индикатором происходящих в обществе процессов, а я всегда буквально ощущал себя каким-то измерительным прибором. Это очень показательно: кто и что расцветает в те или другие времена, а что, наоборот, съеживается.

Рождение Ассоциации

Острая необходимость в свободной профессиональной организации психиатров ощущалась давно и при первой же возможности была реализована: Учредительный съезд, объявивший о создании НПА, со-

стоялся 9 – 11 марта 1989 года. В его работе приняла участие представительная делегация зарубежных психиатров. Уровень докладов, характер намеченной программы, структура Ассоциации и ее Устав произвели достойное впечатление. В **Декларации НПА** мы писали:

“Возвращение отечественной психиатрии к ее былым славным традициям и высокому авторитету составляет цель НПА и требует осуществления следующих принципов.

Решительный отказ от сохраняющегося верховенства политического аспекта над всеми другими, от политизации всей жизни общества, от следования политической конъюнктуре, выражением чего явилось не только использование психиатрии в политических и других немедицинских целях, но и контрреакция на эти злоупотребления в виде антипсихиатрического движения.

Решительный отказ от монополизации и централизма административного управления от полной зависимости от министерства здравоохранения всей медицинской науки и практики, включая и Всесоюзное общество психиатров и Академию медицинских наук. Эта система, предназначенная для политизации общества в тоталитарном духе, давно показала полную неэффективность во всех присвоенных себе направлениях деятельности.

Решительный отказ от монополизма одной научной школы, неизбежно ведущего к деградации даже талантливое и глубокое направление.

Решительный примат личностного подхода, как выражавшего саму специфику предмета психиатрии, являющейся по существу патологической психологией. Это наиболее адекватный аспект и масштаб решения всех частных проблем. Это гарантии как от утверждавшегося у нас узкого биологизма, так и от односторонних психогенетических и социогенетических построений. Это гарантии от шаблонного конвейерного лечения. Это гарантии гуманизации всей нашей деятельности.

Решительная борьба с бесправным и дискриминируемым положением психически больных, с правовой неграмотностью и правовым нигилизмом психиатров, за разработку специального законодательства, которое бы исходило из презумпции психического здоровья и содержало гарантии своего исполнения, за создание института независимой вневедомственной экспертизы, за всестороннюю реабилитацию пострадавших. Необходима борьба с совершенно неадекватным боязливо-уничижительным отношением населения к психически больным. Следует защищать не общество от психически больных, а психически больных от общества. Только защищая конкретную личность, только исходя из примата прав человека можно построить достойное общество.

Решающий фактор возрождения психиатрии — высокий профессионализм. Психиатрия это уникальная профессия, требующая призвания, немыслимая вне высокой общей культуры, высокой отзывчивости и высокой нравственности. Психиатрия — скрещение естественных и гуманитарных наук. Один из основных путей выхода из кризиса — возвращение традиционного значения понятию репутации, как высокого неформального статуса. Поэтому атtestация психиатров — дело научного сообщества, а не чиновников от психиатрии, понятие профессионализма включает в себя все необходимое.

Необходимо формирование снизу из таких профессионалов независимых психиатрических ассоциаций на разных уровнях, альтернативных подведомственным структурам не столько по программе, сколько по профессиональности исполнения. Это привнесет дух свободной конкуренции и даст на все взгляд независимого наблюдателя.

Без существования таких общественных независимых ассоциаций перечисленные выше принципы неосуществимы".

В Уставе говорилось: «“Независимая” означает самостоятельная, не находящаяся в составе и ведомственном подчинении государственных медицинских учреждений и иных административных органов».

В отчетном докладе разъяснялось: “Важно правильно понимать, что имеется в виду, когда мы говорим об официальной и независимой психиатрии. Последняя на деле неизмеримо шире нашей Ассоциации. Если официальная психиатрия — это ведомственная идеологизированная система значительной части ее

руководящих кадров, их научно-инструктивной продукции и конформной части научных работников и практических психиатров, то независимая психиатрия — это никогда не прерывавшаяся, несмотря на прессинг режима, ориентация на подлинный профессионализм и научность немалой части научных работников и практических психиатров. Можно привести десятки имен профессоров, которые в самые мрачные годы нашей истории оставались верными высоким традициям. В таких людях мы видим источник нашего оптимизма”.

Единственным известным членом инициативной группы Ассоциации был Александр Подрабинек, автор знаменитой книги “Карательная медицина”. Его безупречная репутация и принципиальная позиция очень помогли Ассоциации в первые годы ее деятельности.

17 мая состоялось совместное заседание Московского и Всесоюзного общества психиатров и НПА, где мы продемонстрировали свой уровень и наличие содержательной позитивной программы необходимых новаций. Уже тогда мы внесли следующие практические предложения:

1. Воссоздать хотя бы те пять психиатрических журналов, которые были у нас до войны.

2. Издать наиболее выдающиеся произведения мировой психиатрической литературы. Это прежде всего: “Общая психопатология” К. Ясперса; “Клиническая психопатология” К. Шнайдера; “Психиатрия современности” (2-е издание) полностью, хотя это и составляет 6 больших томов; “Феноменология в психологии и психиатрии” Герберта Шпигельберга; полный текст последнего пересмотра Международной классификации психических болезней.

3. Разработать новые формы отбора, подготовки и переподготовки кадров, с использованием тестовых приемов и тренажеров.

4. Разработать процедуру экспертизы и критерии оценки научных работ по психиатрии.

5. Стимулировать общетеоретические работы по психиатрии, которые соответствовали бы методологическому уровню современной науки.

6. Ввести в учебные программы курс психиатрической пропедевтики, имея в виду овладение феноменологическим методом.

7. Содействовать публикации текстов наших сегодняшних выступлений в Корсаковском журнале в полном виде, а не в пересказе или с редакционной цензурой” (“Пути обновления психиатрии” — М., 1990).

17 октября 1989 года на Конгрессе Всемирной психиатрической ассоциации в Афинах НПА стала ее полноправным членом, за два года до возвращения в нее официальной советской психиатрии, которой было выставлено пять условий: признать злоупотребления психиатрией и реабилитировать пострадавших, принять закон о психиатрической помощи, обновить



руководство и принимать инспекционные комиссии ВПА.

22 ноября 1989 года на пленуме РОП в Туле мы выступили со следующими предложениями:

“1. Обсуждение и принятие Закона о психиатрической помощи, который заменил бы множество ведомственных инструкций, отличающихся низким юридическим уровнем и чрезвычайно широкими и неопределеными формулировками. Низкая правовая культура как в государственном устройстве, так и в сознании населения нашла выражение в ведомственном нормотворчестве и подмене чиновниками и психиатрами функций, на которые имеет право только суд.

2. Ликвидация ведомственной экспертизы. Общепонятна несовместимость этих понятий: ведомственности и объективной независимой экспертизы в любой сфере жизни — экономической, военной, судебной и других. Необходимо создание Коллегии экспертов по типу Коллегии адвокатов, как независимой профессиональной организации. В настоящее время судебно-психиатрическая экспертиза осуществляется Институтом им. Сербского, институтом не просто МЗ СССР, но буквально сросшимся с МЗ, представляющим его отдел, некое “министерство психиатрии”.

3. Ликвидация ведомственной монополии на образование. Система, по которой кафедры психиатрии, курсы лекций для врачей и соответствующие руководства подчинены ведомству, — порочна. Такая система постоянно воспроизводит все искажения и пороки, к которым привел монополизм прежней школы, к которым неизбежно приводит любой монополизм.

4. Ликвидация ведомственного подчинения науки. Выведение НИИ из-под контроля Минздрава. Министерство может предлагать заказы, а не отдавать приказы, как это укоренилось у нас. Директора НИИ должны выбираться, а не назначаться. Аттестация психиатров, оценка их квалификации и научных достижений — дело научного сообщества, а не администраторов от науки. Сохраняются социальная незащищенность и чрезмерная зависимость от формальной иерархии каждого психиатра.

Наряду с этими основными задачами, последние три из которых совпадают с целями созданного в феврале 1989 г. Творческого союза ученых, первоочередной характер носят и такие более специальные:

5. Организация юридических курсов для психиатров и юридической аттестации психиатров.

6. Предоставление курса лекций в системе ЦИУ для членов НПА.

7. Доступ членам НПА, как, впрочем, и всем коллегам-психиатрам, к больным и архивам на всей территории Советского Союза.

8. Необходимо опубликовать доклад делегации психиатров США, а не только ответы на него, необходимо опубликовать Меморандум и обещания, дан-

ные Всесоюзным обществом при вступлении во Всемирную психиатрическую ассоциацию” (“Пути обновления психиатрии” — М., 1990).

Попытки уничтожения

Принятие НПА во Всемирную психиатрическую ассоциацию настолько повысило ее статус, что была предпринята целая серия попыток превратить ее в управляемую, карманную. Первоначально по одному сценарию с рядом других общественных организаций попытались подменить руководство Ассоциации специально внедренными в нее, как потом выяснилось, людьми. После исключения они (семь человек, из которых только один психиатр), в отличие от нас, были быстро зарегистрированы с помощью МЗ СССР, как одноименная с нами организация, лишая нас прав на это имя, и два года дискредитировали его своей псевдоактивностью, пока не были дезавуированы инспекционной комиссией ВПА 1991 года. Одновременно в течение длительного времени поддерживалась и предохранялась от уголовного преследования еще одна организация, дискредитировавшая своей деятельностью саму идею пересмотра диагнозов выдачей за деньги соответствующих индульгенций. Эти и многие другие хитросплетения поддерживались руководством Всесоюзного общества психиатров (М. Е. Вартанян, Н. М. Жариков, Г. В. Морозов), которое нас и отождествляло и сталкивало с этими организациями, публиковало дезинформацию в Корсаковском журнале и т.п.

Одновременно всевозможными путями делались попытки дискредитировать нас перед американскими и европейскими коллегами, как “большевиков навыворот”. Однако, благодаря непосредственным встречам с д-ром Фоссом (Норвегия), Жаном Эймом (Франция), Джимом Берли (Великобритания), Мелвином Сабшином и Хуаном Мессичем (США), Реем Фрибери (Канада), Генрихом Уве Петерсоном (ФРГ), Хуаном Лопесом Ибором (Испания), Норманом Сарториусом (Швейцария), Марио Майем (Италия), Сиднеем Блохом (Австралия) и многими другими, мы нашли понимание и поддержку.

Выстоять нам помогла внятная для всех привлекательность нашей программы и неравнодушное участие многих замечательных людей. В редакции Устава Ассоциации приняли участие выдающиеся юристы в области психиатрии А. И. Рудяков и Б. А. Протченко. Они же в нескольких статьях в журнале “Коммунист” при поддержке Отто Лациса достойно представили нашу Ассоциацию. Создание Ассоциации приветствовали выдающиеся ученые В. П. Эфроимсон и Ф. В. Бассин. В Ассоциацию вошли такие известные клиницисты как А. К. Ануфриев, Р. Г. Голодец, С. С. Гурвиц, С. Г. Зайцев, И. Я. Дашевский, А. А. Недува, А. И. Нисс, Г. Н. Соцевич, Д. Л. Хмелевский, В. А. Файвишевский, Н. Ф. Шахматов и

И. В. Шахматова-Павлова, Д. А. Черняховский и другие, такие исследователи как В. М. Гиндилис и В. С. Ротенберг, а в качестве иностранного члена Вольфганг Кречмер. Я называю здесь тех, кого сейчас нет с нами. Известный правозащитник Анатолий Корягин (Цюрих) предоставил в наше распоряжение средства полученной им премии Фритьофа Нансена. Это позволило нам опубликовать два научных сборника “Пути обновления психиатрии” (5 тыс. экз.), начать издавать “Независимый психиатрический журнал” (с 1991 года) (3 тыс. экз.), переиздать учебник Е. Bleuler (25 тыс. экз.), “Философскую автобиографию” Карла Ясперса (5 тыс. экз.), антифашистскую работу Артура Кронфельда “Дегенераты у власти” (60 тыс. экз.) и некоторое время оказывать благотворительную помощь наиболее нуждающимся пациентам в это трудное время. Фонд Анатолия Корягина открыл для них бесплатную столовую.

Программа деятельности

Основой нашей программы стали результаты анализа того, как оказалось возможным использование психиатрии в политических и других немедицинских целях. Мы выделили **систему трех факторов**: тотальное огосударствление психиатрической службы, отсутствие ее правовой основы и партийность советской судебной психиатрии, преодоление которых определило приоритеты нашей деятельности и ее отличительные особенности.

Разгосударствление психиатрической службы

Разгосударствление психиатрической службы обозначало создание негосударственной экспертной и судебно-экспертной практики, негосударственных амбулаторий и клиник и общественных профессиональных организаций разного уровня. В условиях советской власти негосударственный статус общественных организаций носил имитационный характер. Наша Ассоциация с ее экспертной деятельностью стала **первой реально независимой структурой**.

С первого момента организации Ассоциации была создана **независимая экспертная комиссия**, которая занялась пересмотром ранее выставленных диагнозов, изменяя или снимая их в трети случаев. Когда вслед за нами и в антитезу нам тем же самым занялась срочно созданная Этическая комиссия Всесоюзного общества психиатров (ВОП), до этого существовавшая только на бумаге, выяснилось по итоговым данным, что наши результаты совпадают. **11 марта 1990 года состоялась первая в истории отечественной психиатрии совместная экспертиза** спорного больного Этической комиссией ВОП (А. С. Тиганов, Б. Д. Шостакович, В. Ф. Матвеев) и НПА (Ю. С. Савенко, В. М. Серпилин, Г. Н. Соцевич, Д. А. Черняховский). Речь шла о шахтере из Донецка Р. Шакине,

уволенном незадолго до пенсии за разоблачение злоупотреблений администрации шахты. За активное отстаивание своих прав, начиная с 1981 года, Шакина пять раз насильственно госпитализировали в московские, донецкую и киевскую ПБ с диагнозом “параноидная шизофрения”, активно лечили галоперидолом и признали недееспособным. В 1989 году НПА засвидетельствовала, что он психически здоров, а комиссии ВНЦПЗ, Центра им. Сербского и клиника проф. Жарикова подтвердили параноидную шизофрению. В результате 4-х часового разбирательства комиссия пришла к выводу: “признаков психического заболевания не обнаруживает, в диспансерном психиатрическом учете не нуждается”. В 1991 году инспекционная комиссия Всемирной психиатрической ассоциации зафиксировала в своем отчете, что НПА в деле пересмотра диагнозов “является более эффективной, чем Этическая комиссия Всесоюзного общества”. По заявлениям обращающихся наши члены 10 раз включались в состав Этической комиссии. Однако, юридической силы решения комиссии не имели, реабилитация в лучшем случае подменялась простым снятием с учета. В этот период членов НПА по постановлению судов неоднократно включали и в экспертные комиссии Центра им. Сербского, что во всех случаях оказалось конструктивным.

В 1992 году НПА вошла в состав Российского исследовательского центра по правам человека (союз 10 известных правозащитных организаций), подтверждая свой уникальный статус независимой профессиональной общественной правозащитной организации. Из зарубежных организаций постоянная связь осуществлялась с Amnesty International, IAPUP и германской ассоциацией Фридриха Вайнбергера.

В конце декабря 1992 года в течение двух недель, включая Рождество, гостем НПА был Мелвин Сабшин, медицинский директор Американской психиатрической ассоциации с 1974 года, которому мы организовали плотную программу встреч на высоком уровне.

В течение пяти лет (1992 – 1996) делегации НПА посещали съезды Американской психиатрической ассоциации, в Вашингтоне, Сан-Франциско, Филадельфии, Нью-Йорке, Майами, собирающие ежегодно более 15 тысяч участников, блестящие организованные, выполняющие одновременно роль наших ФУВов, проникнутые духом не критики, а остроумия. При всей подкупающей доброжелательности мы ощутили нарастающее нежелание слышать что-либо критическое относительно положения психически больных в нашей стране и заинтересованность в наших самых тесных контактах с властями любой ценой, даже объединения с одноименной провокационной организацией. В результате, востребованным оказался курс, выбранный на Украине С. Ф. Глузманом (Киев), который публично подчеркивал свои дружеские отношения с руководством КГБ Украины, а с нами все от-



ношения прекратил. Мы предпочли линию неприятия вмешательства в наши профессиональные дела, предпочли быть выразителем интересов наших больных и нашего предмета. Это не помешало Г. В. Морозову в своих интервью говорить, что НПА финансируется ЦРУ. Не брезговали этим доводом и его наследники. Руководители Всесоюзного общества психиатров, громко жалуясь на отсутствие средств, большой делегацией поехали в Рио-де-Жанейро на очередной съезд ВПА (1993). Мы сочли для себя такие траты неприличными.

В этот период мы имели надежную поддержку в лице министра здравоохранения акад. А. И. Воробьева, а также высокопоставленных сотрудников МИДа, Минатома и главного психиатра Москвы В. А. Тихоненко, давшего нам разрешение на ознакомление с медицинской документацией, что было внове и принципиально укрепило наши экспертные заключения.

Юридический адрес нам предоставила старейшая в Москве Преображенская психиатрическая больница им. В. А. Гиляровского. Здесь состоялась Пинелевская реформа в России, утверждался принцип нестеснения, здесь начинал С. С. Корсаков.

Правовые приоритеты

Что касается правовой основы психиатрии, то эта проблематика занимала значительное место в нашей деятельности всегда, а не только в начале 1990-х годов, когда она была условием принятия в ВПА. Члены нашей Ассоциации составили треть комиссии 1991 года Верховного Совета СССР по разработке **первого в истории отечественной психиатрии закона о психиатрической помощи** и четверть состава комиссии 1992 года Верховного Совета РФ. Здесь удалось наиболее ощутимо продвинуться вперед. Впервые в истории отечественной психиатрии ведомственные акты сменились статьями закона, впервые все недобровольные меры стали опосредоваться через суд, впервые была сформулирована незаконность любых форм дискриминации, впервые государство гарантировало финансирование, обеспечивающее высокое качество психиатрической помощи, и мн. др. Закон включал так называемый международный правовой минимум и заслужил одобрение западных коллег. В ходе обсуждения мы постоянно заостряли внимание на необходимости предусмотреть различные гарантии исполнения закона и резко протестовали, когда после окончательной работы комиссии в него незаконным путем было внесено несколько серьезных исправлений, предоставляющих министерствам и ведомствам право принимать "правовые акты" (вместо "нормативные акты") и, наоборот, не предоставляющих возможности психиатрическим учреждениям быть представителями больных при защите их прав и законных интересов. Несколько первых лет закон игнорировался, больных с ним не зна-

комили, врачи воспринимали его как излишнюю обузу и НПА сыграла немалую роль в утверждении закона в реальной правоприменительной практике. Наконец, в журнале НПА в качестве непременной была сразу создана рубрика "Психиатрия и право" с острой актуальной проблематикой.

Собственно профессиональные приоритеты

Партийность советской психиатрии и ее отрыв от мировой психиатрии — это следствие начавшегося с 1921 года курса на особую советскую науку: советскую психологию, советскую биологию, советскую генетику, даже советскую математику и, уж конечно, советскую психиатрию. 1960 – 1980 годы ознаменовались в три раза более частой постановкой диагноза шизофрении чем в других странах. Анализ этого обстоятельства В. М. Гиндилисом с позиций генетики и клинический анализ А. К. Ануфриева, а также мои работы о критериях психотического для аффективных и паранойальных синдромов вошли в наш первый **научный сборник 1990 года "Пути обновления психиатрии"** — **первый прецедент независимого психиатрического издания** в нашей стране. Альтернативой партийности, как воинствующей тенденциозности политического рода, является непредвзятость феноменологического метода Э. Гуссерля, введенного в психиатрию Карлом Ясперсом. Психопатологические феномены и синдромы, выделенные этим методом, конституируют психиатрию как самостоятельную дисциплину.

Борьба за независимую психиатрическую и судебно-психиатрическую экспертизы (а в наших реальных условиях приходится прибегать к этой несуразице типа "масло масляное"), пересмотр и даже снятие диагнозов — в качестве своего основания, самой почвы под ногами — постоянно актуализировали собственно профессиональные проблемы нозологической диагностики, диагностики глубины и интенсивности психических расстройств, диагностики их динамических характеристик в разных масштабах времени, диагностики степени интеллектуального или волевого снижения и оценки выраженности характерологических особенностей, а также наличие коррелятивной или причинно-следственной связи с различными контекстуальными факторами и т.д.

Трудно переоценить роль, которую здесь сыграла **посмертная экспертиза генерала П. Г. Григоренко**. Это самое документированное и выразительное во всех отношениях дело, подробно изложенное в нашем журнале (1992, 1 – 2), послужило лучшей иллюстрацией профессиональных просчетов в отношении двух типовых диагнозов, выставлявшихся политическим диссидентам: "вялотекущая шизофрения" и "паранойальное развитие личности". Нам удалось увидеть, как велись истории болезни генерала, услышать фонограмму мнения лучшего нашего клинициста проф.

Ю. С. Савенко

Э. Я. Штернберга, познакомиться с видеозаписью экспертизы Райха в США, с творчеством самого генерала. Материалами его дела была плотно заполнена целая комната. Наше участие позволило помешать представителям Центра им. Сербского спасти честь мундира своего учреждения, а главное — вскрыть типовые механизмы фальсификации диагноза, сложившуюся шаблонную рутину того времени. Однако, особая значимость этого дела для психиатра связана с тем, что диагноз “паранойяльного (бредового) развития личности” поставил генералу акад. А. В. Снежневский, что из 13 экспертиз только две, оправдывающие стационирование, утверждали наличие психотических расстройств, что дезинформация об этом деле жива до сих пор.

На этом конкретном примере мы обсудили проблему психотического уровня для паранойяльных синдромов: идет ли речь о сверхценных идеях или сверхценном “бреде”, характерном для паранойяльного развития личности, или о паранойяльном бреде. Последний не выводим ни из личности, ни из ситуации, и вовсе не вырастает из сверхценного... К сожалению, это драгоценное для психиатров и для правозащитников дело до сих пор не удалось издать. Это самый большой конфуз руководства советской психиатрии и демонстрация того, во что превращается экспертиза, когда ее проводят руководящие лица (А. В. Снежневский в 1964 г.; Г. В. Морозов в 1969 г.). Но проф. Ф. Ф. Детенгоф со своей экспертной комиссией (1969), С. С. Гурвиц (1970) и С. Ф. Глузман (1973) продемонстрировали тогда достойную независимость.

В тот же период мы с Г. Н. Соцевич удостоверили отсутствие психического заболевания у В. И. Новодворской, которая сухой голодающей заставила включить нас в СПЭК ПБ № 1. Решение комиссии было единодушным, а намеченный властями испытанный сценарий сорван.

В 1992 году руководство Всемирной психиатрической ассоциации приняло решение осуществлять свою Президентскую **образовательную программу** через посредство НПА. Такая программа, проведенная уже в Латинской Америке и Юго-Восточной Азии, была нами коренным образом преобразована в соответствии с отечественными реалиями и названа “Восполнение пробелов отечественной психиатрии”.

Первый в новую эпоху свободный семинар в ноябре 1992 года в Зеленограде под Москвой, собравший более 50 слушателей, стал крупным событием. Значительная часть участников, в том числе 11 заведующих кафедрами психиатрии и ряд главных психиатров со всей страны от Санкт-Петербурга до Хабаровска и Чукотки вступили в ряды Ассоциации. Это отражало актуальность, востребованность избранной тематики, сохраняющуюся и сейчас. Поэтому ее стоит воспроизвести.

I тема — “Феноменологический метод как основа психиатрической пропедевтики” — включала 6-ти часовой курс “Введение в феноменологию” крупнейшего знатока феноменологии Э. Гуссерля проф. Н. Мотрошиловой и две 2-х часовые лекции Ю. Савенко “Место и значение феноменологического метода в психиатрии” и “Тренинг ненаправленного опроса и эмпатии”, а также клинические разборы двух больных.

II тема — “Критерии психотического для различных синдромов” включала следующие лекции: “История дифференциации понятий психоза и невроза” — С. Овсянников, “Психотическое и непсихотическое” — проф. А. Ануфриев; “Общепсихопатологические закономерности развития симптоматики и МКБ-10” — проф. С. Циркин; “Критерии психотического для депрессивных и паранойяльных синдромов” — Ю. Савенко; а также клинический разбор.

III тема — “Правовые вопросы психиатрии” включала лекции трех юристов и психиатра: “Правовые вопросы судебно-психиатрической экспертизы” — С. Шишков; “Зарубежное законодательство о психическом здоровье и международные правовые стандарты прав человека” — С. Полубинская; “Спорные вопросы правового положения психически больных” — Ю. Аргунова; “Перспективы развития судебной психиатрии” — проф. Ю. Метелица.

Круглый стол. “Закон о психиатрической помощи... и подготовка к его применению” — Ю. Аргунова, С. Гурвиц, Л. Коган, Ю. Метелица, С. Шишков.

Проведенное социологическое исследование (А. Ицхокин) обнаружило “практически полную открытость основного корпуса отечественной психиатрии как к критическому прояснению и осуждению не-приглядных явлений ее прошлого, так и, главное, к ее профессиональному обновлению и интеграции с мировой наукой”. Обнаружилась буквально жажда в подлинном знании. И все это со стороны психиатров в основном пожилого возраста и высокого профессионального положения. Тем самым, представление о “консервативных силах” и чрезвычайной идеологизированности нашего общества оказались резким преувеличением. Подавляющее большинство оценило феноменологический метод, хотя он явился для них полной новостью, наиболее ценным предметом для освоения. Обнаружившаяся открытость нашей психиатрии обновлению означает возможность сосредоточения основных усилий НПА не на борьбе с устаревшими представлениями, а на позитивной профессиональной работе” (НПЖ, 1993, 1 – 2).

Все последующие семинары отличались различными новациями — были интердисциплинарными, с приглашением социологов (А. И. Антонов) и демографов, специалистов по социальной работе с психически больными, вовлекали в свою деятельность на равных средний медицинский персонал (отечественный и американский из Сиэтла), восполняли юридич-



ческие пробелы (один из семинаров представлял серию лекций президента Международного общества “Медицина и право” Амнона Карми), и пробелы в понимании того, что представляет из себя феноменология в психиатрии (лекции Альфреда Крауса из Гейдельберга, Хуберта Куса из Мюнхена, Майкла Шварца из Бостона, Вольфганга Кречмера из Тюбингена), лекции философов (А. Ф. Зотова, Э. Ю. Соловьева), специалистов по биоэтике (Б. Г. Юдин, Б. Д. Тищенко), психологов (В. П. Зинченко, С. Н. Ениколопов), религиоведов (А. Зубов, И. Я. Кантерев, Б. З. Фаликов).

В декабре 1994 года в Клязьме под Москвой был проведен семинар, который возродил давнюю традицию клинических разборов. Клинические разборы проводились и на всех предыдущих образовательных программах НПА. Однако несмотря на все усилия, они быстро превращались в нозологическую диагностику, притом с обескураживающе широким разбросом мнений. Это уже само по себе было свидетельством необходимости перейти к практике жесткого самоограничения первым этапом психопатологической квалификации, чтобы минимизировать отклонения с самых первых шагов. На семинаре было 7 таких разборов, которые провели Н. Г. Шумский, Н. Ф. Шахматов, В. Г. Ротштейн, Ю. С. Савенко, С. Ю. Циркин, С. М. Плотников и А. Ю. Магалиф. Один из разборов, проведенный профессором С. М. Плотниковым (Ижевск), превратил присутствующих в расширенную экспертную комиссию, ответившую на запрос межмуниципального народного суда г. Москвы. В импровизированные, но может быть, в наиболее совершенные разборы вылились выступления с последующей активной беседой с залом студента-психолога, ставшего послушником буддийской организации АУМ-Сенрике, и матери другого монаха, представлявшей “Комитет по спасению молодежи”. Эти выступления последовали за докладом д-ра Д. П. Демоновой из Центра им. Сербского, описавшей несколько трагически завершившихся случаев индуцированных психозов. Это задало соответствующую эмоциональную установку и привело к жесткой подчас тенденциозной манере опроса молодого монаха, который хорошо ее выдержал. Присутствующим стало очевидным отсутствие психического заболевания.

С этого времени ежемесячно в Преображенской больнице НПА проводит под руководством д-ра А. Ю. Магалифа **открытые клинические разборы больных**, наиболее интересные из которых публикуются в каждом выпуске нашего журнала. Клинические разборы — это стержень профессионализма.

Политическое закулисье

“Изменение места прав человека в приоритетах политики Соединенных Штатов Америки от администрации президента Картера до администрации Клин-

тона было весьма ощутимо в психиатрии. В 1989 году в Афинах за неделю до съезда WPA между фактическим руководителем советской делегации представителем МИД СССР Ю. А. Решетовым и американской стороной была достигнута кульпарная договоренность о взаимных обязательствах. С этого момента стали предпочитать политику уступок и компромиссов, ничем не гарантированных и в силу этого совершенно неэффективных. Мы были свидетелями того, как некоторые руководящие фигуры Американской психиатрической ассоциации (APA), пока длилась такая политика, легко принимали потемкинские деревни за настоящие. Вот некоторые вехи на этом пути. После распада Советского Союза “Международная ассоциация против политического использования психиатрии” (IAPUP) во главе с Робертом Ван Вореном перестала финансироваться до тех пор, пока не приняла программу широких компромиссов и соответственно этому фактически противоположное название: “Международная ассоциация для упразднения и предупреждения политической психиатрии” или “Женевская инициатива в психиатрии”. Бывшая до этого конфедеративной, эта организация усвоила авторитарный стиль. Она исключила германское общество и начала целиком игнорировать Независимую психиатрическую ассоциацию, называя ее при случае не российской, а московской организацией. Бюллетени “Женевской инициативы в психиатрии” перестали освещать положение дел в России, ограничиваясь Украиной. Из них следовало, что в России, кроме РОП работают только Ленинградская (Санкт-Петербургская) психиатрическая ассоциация и Уссурийская (из нескольких человек).

В 1992 году на съезд APA прочесть доклад о положении дел в Российской психиатрии была приглашена представительница официоза юрист С. В. Полубинская (сотрудничавшая тогда с Институтом судебной психиатрии им. Сербского). Американских коллег не смущил длинный пассаж в ее выступлении, где говорилось, что перспективы развития психиатрии на Украине намного лучше, чем в России, так как у украинских психиатров нет оснований для чувства вины (!) и там больше молодежи, и что поэтому помогать надо прежде всего Украине. Полная несобразность этих вымученных “доводов” была на поверхности. В деле реформирования всех общественных институтов, в том числе и психиатрической службы, Россия значительно опережала тогда Украину. Руководители самой Украинской психиатрической ассоциации этого не скрывали. Все эти доводы текстально совпадали с приводимыми С. Глузманом. Но понятные в устах представителя Украины, они поражают у представителя России. Тем не менее эти искусственные “доводы” имели практический выход: помочь начала получать только Украина.

НПА стали придавать ложный имидж неконструктивного непримиримого борца. Между тем разноре-

чие с нашими оппонентами состояло совсем в другом: приветствуя конструктивные компромиссы, мы решительно против безграничных компромиссов. Однако цель была достигнута: мы не нашли на Западе спонсорства, за исключением небольшой поддержки Фонда Анатолия Корягина, меньше индивидуального гранта.

“Стройте гражданское общество, — советуют нам некоторые американские политологи, — а в нем солидарность ценнее независимости. Объединяйтесь все, сотрудничайте со всеми”. Такой совет у нас сейчас на руку красно-коричневым.

Так, большая политика постоянно вмешивается в психиатрию.

В результате в 1993 г. на Конгрессе ВПА в Рио-де-Жанейро не был зачитан врученный руководителям ВПА меморандум НПА, в котором предлагалось сохранить правоприемство пяти афинских условий для психиатрических обществ стран СНГ. Замалчивание на Конгрессе ВПА Меморандума НПА не на пользу ни отечественной психиатрии, ни Российской обществу психиатров, ни Всемирной психиатрической ассоциации.

Уже тогда мы видели, как опасения хаоса гражданской войны в России толкают администрацию президента Клинтона на замирение нашего общества любой ценой, вплоть до грубого давления. В результате — поразительная наивность: дается картбланш агрессивным циникам, которых обычно не принимают в порядочное общество, а пустив, обрекают его на поражение, приближают то, чего опасаются. Так ситуация в психиатрии повторяет ситуацию в стране в целом.

В сентябре 1993 г. Верховный Совет, “патриоты” и коммунисты открыто заявили о необходимости реставрации советской власти и восстановления Советского Союза, а вскоре попытались осуществить это с оружием в руках. Воочию для всех произошло объединение красно-коричневых, эмблематика которых казалась некоторым несовместимой” (НПЖ, 1994, 1).

Начало сворачивания демократических реформ и рецидив использования психиатрии

Начавшееся с 1995 года движение вспять от демократических завоеваний сопровождалось рецидивом широкомасштабного использования психиатрии в немедицинских целях в отношении религиозных диссидентов. Поводом послужил доклад проф. Ю. И. Полищук, декларировавший “грубый вред психическому здоровью”, наносимый различными религиозными организациями. Вопреки тому, что доклад был дезавуирован как научно несостоятельный не только НПА, но и Российской обществом психиатров, он был разослан во все прокуратуры страны и ректорам учебных заведений. В течение ряда лет по стране прокатилось множество судебных процессов, первым и

самым крупным из которых был процесс против буддистской организации “Учение Истины АУМ”. Процесс был явно инспирирован спецслужбами и плотно контролировался ими как преюндидный. Мы распутали этот сложный клубок расхожих заблуждений, где поскольку даже Олдос Хаксли (“Этот прекрасный дивный мир 20 лет спустя”), в частности, пресловутое “промывание мозгов”, разоблаченное в США. Аналогичная волна ажиотажа по поводу программирования сознания новыми религиозными организациями и движение депрограммирования отремело там за 15 лет до того, даже с запретом Верховным судом США выступать в судах его лидерам. Следы этого конфузя сохранились в DSM-III-R, но это ничему не научило наших эпигонов, которые издали серию книг депрограмматоров, очень далеких от науки, но сенсационно увлекательных. Темная история с газовой атакой в токийском метро, удивительно кстати грянувшая в середине московского процесса над АУМ, вызвала такую бурю негодования, что всех, кто сомневался в виновности этой организации, казалось, просто снесут.

Мы выступали на этом процессе с исследованием случайной выборки 29 монахов этой организации, каждого из которых независимо друг от друга освидетельствовали 3 специалиста из 10 известных психиатров (проф. Р. Г. Голодец, проф. И. В. Шахматова-Павлова, и др.). Не только причинно-следственной, никакой корреляционной связи членства в этой организации с каким-либо вредом для психического здоровья обнаружено не было.

После этого руководитель специально созданной в Центре им. Сербского группы по изучению “деструктивного действия тоталитарных сект” проф. Ф. В. Кондратьева, который сознательно вводил суд в заблуждение утверждением, что психотехники АУМ вызывают “зависимое расстройство личности” (что грубо противоречит МКБ-10), заявил на суде, что нас подкупили (есть распечатка фонограммы этого ложного доноса, после которого он всякий раз норовил со мной расцепляться). В результате, меня 6 раз вызывали в следственный отдел Генеральной прокуратуры, оказывая столь грубое давление, что удалось получить письменные извинения. Но прекратилось оно только с принятием нового грубо дискриминационного закона о свободе вероисповедания, позволяющего обходиться без помощи психиатрии. Циничной демонстрацией силы было упоминание в определении суда моей позиции, как совпадающей с официальной. Направленный мной протест остался без последствий.

В этой ситуации один из моих непосредственных помощников предпочел союз с более сильной стороной. Его донос, направленный по различным адресам, подробно разбирался в РИЦ по правам человека с его участием. В результате, был удостоверен провокационный характер этой акции.



В 1995 году начала подвергаться нападкам независимая экспертиза, созданная НПА, а тезисы о нашем большом опыте не были приняты на съезд РОП, который — называя себя съездом всех психиатров России — нас игнорировал.

Из многих процессов против религиозных организаций, в которых мы участвовали, следует выделить магаданский (1999 г.), где 400 пятидесятников (“Слово Жизни”) в знак протеста против попытки закрыть их организацию подали на выезд в Австралию. Это было лживое обвинение о причинении грубого вреда психическому здоровью вплоть до изменения личности в адрес организации, которая преобразовывала злокачественный алкоголизм, характерный для этих мест, в пение религиозных гимнов. Атмосфера процесса вызвала необходимость нанять охрану, чтобы не подложили в карман пакетик промышленного золота. Откровенный рассказ на судебном процессе о противозаконных приемах расколовшегося агента спецслужб, потуги хабаровских психологов доказать вредоносное внушение, гениальная простота логики свидетельницы-чукчи, разбивающая эти искусственные умственные построения, опытные адвокаты, мое заключение и поддержка местных психиатров, но главное — реальная независимость судьи, позволили выиграть этот процесс.

В череде аналогичных процессов под влиянием нашей активной критики характеристики вменяемой вины менялись от “грубого вреда психическому здоровью и деформации личности” к “незаконному использованию гипноза”, потом к “оказанию внушающего воздействия” и, наконец, к “незаметному воздействию на подсознательном уровне” и “контролю сознания”, в частности, даже антиалкогольными текстами, якобы содержащими в себе нечто подспудно вредное. Хотя произвольность этих обвинений, лежащих вне науки, была на поверхности, от этого удобного повода не отказались. В этих процессах явственно проявился их проективный характер: наши служебисты вменяли религиозным организациям то, чем были пропитаны сами, — тоталитарный дух, манипулятивные и — в первую очередь — коммерческие возможности, что породило неслыханного доселе монстра — Г. Грабового, зарабатывавшего на “воскрешении умерших”.

А начиналось с легализации целительства перед лицом обычной для эпохи кризисов мистичности общественного сознания, попыток использовать телесуггестию А. Кашпировского, соглашения Минздрава с Московской патриархией (12.03.1996) о создании реабилитационных центров (отнюдь не добровольных) для попавших в “тоталитарные секты”, где использовалось изгнание бесов и т.п. Этот курс, начатый при министре А. Царегородцеве, сохранился при министре Т. Дмитриевой, несмотря на настояния Палаты по правам человека и разъяснения НПА России. Минобороны оплачивало лозоходцев в качестве спасателей, в Минусинске был принят иск в “наведении

порчи на корову”, президент Академии народного целительства уверял, что обнаружил бабку, способную менять генетический код, высокая номенклатура сама обращалась к парамедицине. Мы активно препятствовали всему этому. В общей популяции случаи нездоровья, суицида, распада семьи и т.п. оказывались намного более частыми, чем в преследуемых религиозных организациях.

Успехи НПА и их замалчивание

Вопреки начавшемуся откату от демократических завоеваний, НПА добилась в 1995 – 1997 годах больших успехов. Это не только успех на многих религиозных процессах. В связи с начавшимся отрицанием злоупотреблений психиатрией в прошлом, группа НПА под руководством Ю. Л. Массовера в рамках российско-шведского проекта по поискам следов Рауля Валленберга в течение четырех месяцев проверяла архивы Черняховской, Санкт-Петербургской и Орловской ПБ с интенсивным наблюдением. В архив главной для политических, Казанской ПБ, нас не пустили. Тем не менее, был удостоверен массовый характер стационаризаций по политическим статьям. В одной Санкт-Петербургской больнице их было обнаружено несколько тысяч.

С 1995 года ежегодно “Общество клинических психотерапевтов”, организованное проф. М. Е. Бурно при НПА, начало проводить “Консторумские чтения”, а доктор Б. А. Воскресенский продолжил студенческие “Баженовские чтения”. В 1996 году делегация из 9 членов НПА провела **симпозиум на съезде американской психиатрической ассоциации** в Нью-Йорке, а делегация из 12 членов НПА провела **три симпозиума на съезде Всемирной психиатрической ассоциации** в Мадриде. Вопреки тому, что это первый такой успех, общий для всей отечественной психиатрии, об этом не было даже упомянуто в подробном отчете об этих съездах в Корсаковском журнале и журнале РОП. С 1996 года НПЖ начал выходить с Приложениями и Информационным бюллетенем. Журнал начал публиковать полный перевод на английский язык некоторых наиболее принципиальных работ. Наша активная феноменологическая (в духе К. Ясперса) позиция содействовала переводу “Общей психопатологии” и всех других психиатрических работ Ясперса на русский язык. Мы приняли деятельное участие в движении “**Философия и психиатрия**” и при нашей Ассоциации д-ром Е. Б. Беззубовой была организована такая группа, которая провела в 1997 году симпозиум в Москве с международным участием (Б. Фулфорд и др.). В 1997 году мы **совместно с проф. А. С. Тигановым** (ВНЦПЗ РАМН) провели **Первые чтения Н. П. Бруханского**, представлявшие курс из 6 лекций проф. Альфреда Крауса. Наконец, исключительно благода-

Ю. С. Савенко

ря усилиям НПА проф. В. Н. Краснов стал зональным представителем ВПА по региону СНГ.

И в то же время, в 1997 году вышел большой том “Реформы службы психического здоровья” под редакцией проф. В. С. Ястребова, который в своей обширной статье “Общественные движения в психиатрии” ограничился в отношении нас следующим упоминанием: “Появились такие организации как Независимая психиатрическая ассоциация (Москва) и Санкт-Петербургская психиатрическая ассоциация”. И тут же писал: “Одна из первых общественных организаций по поддержке психически больных, “Ассоциация защиты психического здоровья и психически больных”, которая была создана в 1990 году в ВНЦПЗ РАМН, объединяла известных психиатров, деятелей науки и культуры, представителей средств массовой информации, а также лиц, в семьях которых были психически больные. Создание этой организации имело большое значение для дальнейшего развития общественного движения в отечественной психиатрии, и послужило толчком для создания других сходных организаций” (стр. 204 – 205). Перед нами привычная для нашей действительности **потемкинская деревня**. Упоминаемая Ассоциация существовала только на бумаге, с опубликованным Уставом, почетными членами и даже почетными грамотами. Мы хорошо знаем это, так как ее руководитель в наших рядах. Но это хорошо знал и проф. Ястребов, когда выступал с этим докладом на международной конференции. Так же как хорошо знал и о нашей деятельности, несколько раз выступая на наших семинарах. В наше время он возглавляет Общественный совет при главном психиатре-эксперте Минздрава России Т. Б. Дмитриевой, в который нас не пригласили, и устав которого написан для продолжения традиций потемкинских деревень. Так выполняется (в соответствии со специальным Постановлением Правительства РФ) Положение о Минздраве, согласно которому он осуществляет свою деятельность во взаимодействии с профессиональными медицинскими ассоциациями и общественными объединениями.

На одной из конференций “КГБ вчера, сегодня, завтра” мы высмеяли попытку Акимова и К° морочить зал рекламой мифического психотронного оружия, опираясь на свидетельства организованных в ассоциацию больных с синдромом Кандинского-Клерамбо. Мы высмеяли также спекуляции относительно возможностей компьютерных психотехнологий, реанимацию выдумки про 24-й кадр, безудержное блефование возможностями НЛП, перешедшее в самовнушение, а также предложенное В. С. Ястребовым для борьбы с терроризмом “психопатологическое оружие” и т.п.

Постоянно критически оценивая психоанализ, предупреждая коллег от увлечения этим уже исчерпавшим себя, как видно на примере США направлением, печатая соответствующие материалы, в частно-

сти, работу Адольфа Грюнбаума, мы выразили в 1997 году протест в отношении Указа Президента, который, предоставив этому направлению государственный протекционизм, незаконно вмешивается в естественные процессы развития науки. Вместе с тем, на презентации двухтомного труда “Современный психоанализ” Х. Томе и Х. Кхеле в ходе непосредственного общения с авторами мы убедились, что Иенская школа психоанализа интегрировала критику в свой адрес. Перевод этого монументального издания был выполнен членами психоаналитической организации Сергея Аграчева, начинавшего в наших рядах.

В 1998 году в Центре им. Андрея Сахарова НПА начала проводить под знаком запрета какой-либо критики регулярные **межконфессиональные встречи “Психиатрия и проблемы духовной жизни”** под председательством Б. А. Воскресенского и известного деятеля христианского движения З. А. Крахмальниковой, начавшиеся с обсуждения монографии Д. Н. Мелхова. В ежегодных “Консторумских чтениях” начал принимать участие знаменитый о. Георгий Кочетков. Мы провели совместную конференцию со Свято-Филаретовской высшей православной школой.

В 1998 году разразился дефолт. В психиатрических больницах отмечались случаи гибели больных от голода. Все средства НПА пропали и так и не были возмещены. Между тем, Центр им. Сербского, благодаря министерскому посту Т. Б. Дмитриевой, как никогда укрепился и стал издавать свой журнал. Благодаря нам, Центр сохранил имя проф. В. П. Сербского, от которого в процессе переименования планировалось освободиться, как от памятной всем стигмы. Но мы вовремя подняли шум.

В 1999 году мы оспорили квази-шпионское дело Платона Обухова, где заведомо психически больной человек стал размноженной фигурой внутриполитических интриг.

В 2000 году на съезде РОП, благодаря активной позиции лично президента ВПА Хуана Мессича, нам впервые и единственный раз в таком объеме были предоставлены равные права, как второй всероссийской профессиональной организации, в частности возможность выступить по ведущей теме (МКБ-10) вместе с проф. А. С. Тигановым.

Отечественная психиатрия и НПА в опасности

В 2001 году мы забили тревогу, указывая на “**признаки упадка отечественной психиатрии**” (так и назывались две наши публикации), такие как:

– продолжающееся вмешательство в религиозную жизнь, подменяя религиоведов, под надуманным предлогом “грубого вреда психическому здоровью”, исходящее из Центра им. Сербского по старым рецептам использования психиатрии в немедицинских целях;



– поддержка целительства, которое по большей части представляет обман и обирадательство населения, венцом чего стало обращение пяти известных профессоров во главе с Г. В. Морозовым к министру здравоохранения взять под эгиду Минздрава деятельность знаменитого целителя В. Д. Столбуну; профессора свидетельствовали, что В. Д. Столбун успешно излечивает злокачественную шизофрению с дефектом, и выдавали его сотрудникам липовые дипломы;

– естественное в этой связи стремление положить конец независимой экспертизе, т.е. состязательности экспертных заключений в суде; в мае 2001 года был принят Федеральный закон “О государственной судебно-экспертной деятельности в Российской Федерации”, и еще двумя годами ранее Центр им. Сербского перестал выполнять определения судов о включении в экспертные комиссии врачей-специалистов; прямым следствием этого стало резкое падение уровня экспертической деятельности.

И все это продолжалось, достигнув критического уровня.

Аuste было достигнуто уже в 2002 – 2003 гг. в растянувшемся на три года деле **полковника Ю. Буданова**, ставшего по своему резонансу неким делом Дрейфуса навыворот, где весь генералитет нашей психиатрии продемонстрировал послушность властям и заслужил резкую отповедь одного из ведущих в мире судебных психиатров проф. Б. К. М. Рааса (Амстердам) в журнале РОП (2003, 4, 120). “*Это позор и общественная девальвация судебной психиатрии как профессии. Может быть, судебная психиатрия в Российской Федерации в большей мере ориентирована на существующую власть, а не на собственный профессиональный и научный статус?*” Только в нашем журнале подробно (в четырех выпусках) освещалось это дело. Мы показали, что как и прежде основная ответственность лежит на том, кто формировал экспертную комиссию. Достаточно было собрать гипердиагностов, чтобы гарантировать требуемый результат. И никакой состязательности! Как участники исследования в суде трех из шести заключений экспертных комиссий по этому делу, мы, в отличие от государственных экспертных комиссий, метавшихся из стороны в сторону, придерживались исключительно фактов. Очень поучительно, что в результате мы не только спасли честь отечественной судебной психиатрии, но и защитили полковника Буданова, который в противном случае объявлялся бы слабоумным. Атмосфера страха и отказ от участия в процессе не были беспочвенными... И Ассоциации, и мне лично это дело дорого стоило.

Тогда же Министерство юстиции Российской Федерации затеяло проверку нашей деятельности и потребовало вычеркнуть из Устава Ассоциации, который само в свое время зарегистрировало, право на проведение судебно-психиатрических экспертиз под угрозой ликвидации регистрации Ассоциации. По-

следовали три с половиной года судебных тяжб, в процессе которых нас обвиняли в проведении судебных экспертиз (по постановлению суда!) до 2001 года, т.е. еще до принятия закона “О государственной судебно-экспертной деятельности”. Несмотря на сплошные несуразицы такого рода, мы, конечно, проиграли суд. Но после этого Минюст потребовал отказа и от права проводить несудебные экспертизы! Мы снова подали в суд. На этот раз Минюст уступил.

20 мая 2005 года был зарегистрирован новый Устав НПА России (опубликован в НПЖ, 2005, 2).

В течение пяти лет (с 1998 г.) нам удалось трижды (1999, 2000, 2003) **предотвратить попытку комиссии Минздрава урезать закон о психиатрической помощи**, а именно:

- 1) отказаться от ключевого определения в формуле “непосредственная опасность”, главном основании недобровольной госпитализации;
- 2) лишить общественные организации права защищать интересы больных, в том числе в суде;
- 3) снять санкцию врача на физическое стеснение и изоляцию;
- 4) резко снизить уровень гарантий финансирования психиатрической помощи.

Планируемые изменения шли вразрез с международным правом. Именно в 2003 году Россия проиграла в Европейском суде дело против Ракевич. Суд указал на необходимость внести в российское законодательство статью, позволяющую обращаться в суд самому недобровольно госпитализированному.

В 2003 году совместно с МХГ мы провели первый мониторинг соблюдения прав пациентов 93 психиатрических стационаров в 61 регионе страны, издание которого в 2004 году отдельными томами на русском и английском¹ языках имело международный резонанс и сыграло немалую роль в активизации деятельности по изменению вскрывшегося бедственного положения. Но главное, что мониторинг позволил с полной ясностью увидеть, что основная причина недостаточной эффективности закона о психиатрической помощи — в невыполнении закона самим правительством. Вскоре вслед за этим последовал 122-й закон, снимавший государственные гарантии во всех социальных законах, как изначально невыполнимые.

В январе 2004 года в Лондоне была опубликована монография “Политика психического здоровья и права человека”², в которой излагалась политика психического здоровья на примере 10 стран. Ситуация в России впервые была изложена в нашей редакции, т.е. без грима — **отсутствие политики психического**

¹ Права человека и психиатрия в Российской Федерации. МХГ, НПА, 2004;

Human Rights and Psychiatry in the Russian Federation. MHG, IPAR, 2004.

² Mental Health Global Policies and Human Rights. Eds: Peter Morrall & Mike Hazelton. Whurr publ. London and Philadelphia, 2004, 128 – 148.

здоровья в России. Ничего не изменилось в этом отношении и к моменту проведения соответствующей международной конференции в Калининграде в 2006 году.

В 2004 – 2005 гг. Центр им. Сербского на страницах своего журнала **оспорил негосударственное освидетельствование и попытался обосновать удушение негосударственной экспертизы** как “несостоятельной как в процедурном отношении, так и в отношении своей независимости”. Доказывалась независимость государственной судебной экспертизы. В развернувшейся полемике дело дошло до политического доноса в наш адрес (РПЖ, 2004, 6; 2005, 1; 2006, 2; НПЖ, 2005, 2; 2006, 2). Ответ Ю. Н. Аргуновой и “Российский психиатрический журнал”, и журнал РОП печатать отказались. Характерно, что именно тогда Центр им. Сербского провел незаконную судебно-психологическую экспертизу в пользу тольяттинской мафии (НПЖ, 2005, 2), а Минздрав России кулуарно принял преступный приказ, разрушающий педиатрическую службу, увеличивший детскую смертность, ввергнувший страну в долги и т.д. и т.п.

На протяжении двух последних лет признаки упадка, которые заставили нас поднять тревогу в 2001 году, достигли критического уровня. Теперь речь идет не только о религиозных диссидентах, в отношении которых имеется для ссылок уже немалая квазинаучная литература, **мы оказались на пороге широкомасштабного использования психиатрии в политических целях.** Как прежде “клевета на советскую власть”, основанием преследований могут служить резиновые формулировки законов об экстремизме (2002 г.) и “профилактике террористической деятельности” (2006 г.), а почвой — проторенная религиозными, а затем квартирными процессами право-применительная практика. В 2007 году мы провели освидетельствование четырех пациентов в Мурманске, Рыбинске, Йошкар-Оле и Москве. Первое, наименее выигрышное из этих дел, прогремело на весь мир. Несмотря на полное отсутствие непосредственной опасности, во всех четырех случаях осуществлялась недобровольная госпитализация по пункту “а” ст. 29. В 2008 году мы подвели итоги инициированной нами дискуссии в тезисе: **“только психопатологически выводимая общественная опасность — предмет психиатрии”**, детально обосновав его. Недобровольная госпитализация в нескольких разобранных случаях была осуществлена на единственном основании обращений к психиатрам в прошлом, хотя адекватнее было бы сказать: на основании оппозиционной деятельности, пользуясь в качестве предлога обращением к психиатрам в прошлом. Конечно, это еще не белорусская практика, где и такого повода не требуется (мы описали такой случай), но мы уже совсем рядом. Широкий международный резонанс дела Ларисы Арап позволил нам через Уполномоченного по правам человека в Российской Федерации

В. П. Лукина призвать власть одернуть слишком решительных своих исполнителей.

Полное огосударствление судебно-психиатрической деятельности, ее монополизация Центром Сербского, уничтожение состязательности экспертных заключений в суде, всевозможные препятствия, чинимые врачам-специалистам, обесценивание их роли в качестве оппонентов привели к **резкому падению уровня экспертной деятельности**, грубому игнорированию собственной Инструкции и даже азов предмета. Последнее обычно оказывает на коррупцию.

В связи с критическим положением мы выступили с **законотворческой инициативой**: руководитель юридической службы Ассоциации Ю. Н. Аргунова разработала соответствующий проект федерального закона “О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации”. Этот текст попал на внутренний отзыв в Центр им. Сербского, который ответил, что в действующем законодательстве независимость и состязательность провозглашены достаточно ясно, не упоминая об отсутствии механизмов, т.е. гарантий для этого.

Все, что сделано НПА, сделано на столь мизерные средства, что выглядит в наше время неправдоподобно, в основном, это волонтерские усилия. Очень выразительно в этом контексте, что юридическая служба НПА по своей практической результативности и новациям превосходит все государственные структуры этого рода.

На съезде НПА в 2007 году и на страницах нашего журнала было проведено развернутое **обсуждение реформы психиатрической службы** в соответствии с Европейским планом действий, изложение разнообразного опыта Восточно-Европейских и Прибалтийских стран и анализ этой проблемы в отечественных условиях. Мы показали, что в основе реформы заложен принцип жесткой экономии, игнорирующей специфику здравоохранения, основанный на ошибочном представлении о меньшей стоимости амбулаторной службы, перевес которой над стационарной составляет существо реформы. Для ссылки на “голос общественности” министр Зурабов принял делегацию антипсихиатров, требующих сокращения финансирования психиатрии.

В собственно профессиональном отношении на конгрессе ВПА в Праге мы наглядно показали **вульгаризацию в МКБ-10 фундаментального в психиатрии понятия “психотического уровня”**, что для депрессивных и тревожных синдромов выводит из поля зрения врача значительное число больных, представляющих суицидальных рисков. Упадок отечественной психиатрии проявился в несостоятельности общей части “Национального руководства по психиатрии”. Обнаружившееся непонимание существа основного в психиатрии клинико-феноменологического метода у ответственного редактора этого



руководства заставило нас очередной раз подробно разъяснить это.

Только в нашем журнале нашли отражение общетеоретические проблемы психиатрии: о предмете психиатрии и ее месте в классификации наук, о взаимоотношении психиатрии и психологии, о феноменологическом методе, о новой парадигме в психиатрии (в пяти выпусках журнала за 1997 – 1998 гг.), о предмете социальной психиатрии (1998, 3; 1999, 2), о рецепции идей Гуссерля, Ясперса, Фрейда и Фуко в России. Мы привлекли внимание коллег к необходимости опоры на критическую философию: критическую онтологию Николая Гартмана, критический реализм Карла Поппера, труды выдающегося отечественного феноменолога Густавовича Шпета.

Мы издали труды Артура Кронфельда “Становление синдромологии и концепции шизофрении” (2006) — заветное чтение наших лучших клиницистов, “Клинические разборы в психиатрической практике” (2006) — единственное и незаменимое издание такого рода, второе переработанное и дополненное издание уникального руководства Ю. Н. Аргуновой “Права граждан с психическими расстройствами. Вопросы и ответы” (2007) и ее аналитический доклад о правах недееспособных (2009), монографию “Предотвращение суицидов в армии”, включающую методическое руководство для военных психологов (2008) с рядом важных новаций, а также монографию В. В. Мотова “Американская судебная психиатрия и психиатрия и право” (2008).

Борьба со стигматизацией была посвящена серия брошюр по наиболее актуальным темам психиатрии и стенд на выставке в Музее Революции, которая проехала по университетам ряда городов страны.

Массу сил мы вложили в то, чтобы **оживить** вот уже 17 лет мертвую **38 статью** закона о психиатрической помощи, предписывавшую создание независимой от органов здравоохранения Службы защиты прав пациентов психиатрических стационаров, которая является для них гарантией исполнения всего закона. Восполнив пробелы, устранив неопределенности, добившись резолюции Президента два года назад, мы натолкнулись на сопротивление Минфина и Минэкономразвития. Между тем, киргизские коллеги, подавшие в аналогичной ситуации в суд на Правительство, добились успеха. Эти препятствия на пути вневедомственного государственного контроля позволяют понять трудности проторения общественного контроля закрытых учреждений.

И все-таки время работает на нас!

Ежегодно через общественную приемную Ассоциации только в Москве проходит около 750, а через ее экспертную комиссию около 200 человек. Отличительной особенностью нашей работы с гражданами является постоянное участие юриста.

На протяжении последних 17 лет в **47 регионах страны**, от Калининграда до Владивостока, и от Архангельска до Ростова-на-Дону, **НПА имеет региональные представительства**. Наиболее активный, творчески работающий коллектив — кафедра проф. А. О. Бухановского, доцент которого А. Я. Перехов является вице-президентом Ассоциации. Другие вице-президенты — д-р А. Б. Богданов в Архангельске, проф. Б. Н. Пивень в Барнауле и проф. Ц. П. Короленко в Новосибирске. Следует отметить огромное творческое разнообразие регионов, имеющих свои издания, свои международные контакты, свои новации и т.д.

Между **Российским обществом психиатров и НПА России** нет ни альтернативы, ни даже четких границ. Ситуация двойного членства, немыслимая в политических партиях, здесь является естественной. Наши члены входят даже в Президиум РОП. Мы отличаемся только приоритетами своей деятельности и большей нетерпимостью к этическим нарушениям. Поэтому у нас более однородный состав.

Мы сильны не только своими членами, но завоеванным уважением и симпатией к нашей деятельности даже в среде наших оппонентов, что в социологии обозначается как “невидимый колледж”. Поэтому неоднократно наша аргументация меняла изначально запланированную позицию. Так, после моих выступлений в 2003 году не были поддержаны поправки к закону о психиатрической помощи, в 2005 году Т. Б. Дмитриева сняла свою кандидатуру с голосования на пост председателя РОП, в 2007 году аудитория поддержала нашу позицию в Мурманске и Рыбинске, несмотря на планировавшееся осуждение и даже вручение перед заседанием угрожающего “компромата”. Мы имеем поддержку не только Уполномоченного по правам человека в Российской Федерации, но и в Минздраве, в ряде институтов РАН, в МГУ и РГГУ, и во всех психиатрических учреждениях страны, включая Центр им. Сербского. Нашей независимости помогает международное признание нашей Ассоциации, членство в ВПА и ряде других международных организациях. Члены НПА, в том числе молодые специалисты, достойно представляли отечественную психиатрию на съездах ВПА в Мадриде, Гамбурге, Йокогаме, Каире, Праге. В голосованиях по важнейшим вопросам на Генеральных Ассамблеях ВПА мы имеем 7 голосов, тогда как РОП — 11, а Украина — 2. Мы сильны также глубокими разветвленными связями с правозащитными организациями и прессой.

Мы непосредственно вторглись в самую болезненную для общества проблему, ее социальное и правовое дно, в судьбу, здоровье и **права недееспособных**, людей, которые фактически лишены всех прав, и находятся на положении рабов своих опекунов. Поездка в Похвистневский психоневрологический интернат, который теперь называется пансионатом для инвалидов, выявила прецедентную проблему — четыре из

пяти освидетельствованных нами молодых человека со статусом недееспособности к своим 18 – 20 годам оказались умственно полноценными, но педагогически запущенными. Это диктует конкретные практические меры.

Гражданская позиция нашего журнала выражалась в таких публикациях как “Права человека и психиатрия” (1996, 1), “Цена человеческой жизни как главная тема и урок войны” (2005, 3), “Уничтожение психически больных в нацистской Германии” (2006, 3), “1937 год и психиатрия” (2007, 3), “Тerrorизм и психиатрия” (2005, 3), “Гений юродства или Смердяков русской литературы как востребованный нашим временем типаж” (2006, 4), “Апология В. В. Розанова — тревожное общественное явление” (2007, 1), и т.д. Перед лицом разгула ксенофобии, издания расистской и антисемитской литературы, попыток ряда коллег оправдать проф. А. И. Сикорского мы впервые воспроизвели экспертизы В. М. Бехтерева и В. П. Сербского по делу Бейлиса (1998. 1; 2008, 4). Мы свободно обсуждали границы вмешательства психиатрии в общественно-политическую жизнь, психическое здоровье политических лидеров в связи с их статусом не-прикосновенности, проблему “двойной лояльности” в отношениях с властью, конфликт интересов в отношениях с фармацевтическими компаниями, казусы в области права и этики.

Большое внимание мы уделяем крайне поучительной истории нашего предмета, содержащей яркие примеры самых разных контрастных форм поведения наших предшественников.

Какова ситуация сегодня? Партийность, т.е. воинствующая тенденциозность советской судебной психиатрии сменилась ее альтернативным двойником — релятивизмом, легко обслуживающим и толкующим что угодно и как угодно, правовая основа создана, но сделалась по большей части декларативной, бумажной, огосударствление вернулось в еще более циничной форме, оно лишено концептуальности и

разъедено коррупцией. В этих условиях цели нашей ассоциации сделались не только непопулярными, они стали представляться как известная опасность для карьерного роста. Грандиозно, что это не послужило значительному оттоку из наших рядов, конъюнктурные люди еще при первых признаках изменения политического климата сделали кульбит обратно, приток в наши ряды по мере информации о нашей деятельности продолжается.

Как это возможно? Мы видим в этом живой пример и доказательство того факта, что этика не является пустой декларацией или договором, а имеет глубокие корни на биологическом уровне в каждом из нас. Нас вдохновляют памятные слова проф. Любовь Акимовны Стукаловой, которая назвала нашу Ассоциацию совестью современной отечественной психиатрии. Это сказано продолжательницей традиций тех воронежских психиатров, которые в годы нацистской оккупации не оставили своих больных, обреченных на уничтожение.

Все, что сделано и опубликовано НПА России, говорит само за себя. Конечно, это очень мало, по сравнению с тем, что могло быть сделано и опубликовано, но не нам пенять на трудные условия: мы сами как-то показали, что наши классики работали отнюдь не в более легких условиях.

Важно, что теперь отечественная психиатрия в лице НПА России имеет необходимый механизм открытой трибуны критических взглядов и творческой дискуссии, тесной связи с правозащитным движением. Мы сохранили собственную идентичность, верность своим идеалам, принципам, целям.

Важно, что завоеванный НПА России неформальный авторитет основывается на подлинных профессиональных ценностях, что служит наиболее надежной основой дальнейшего продуктивного развития.

Ю. С. Савенко

АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ПСИХИАТРИИ

Открытое письмо директору Центра им. В. П. Сербского акад. Т. Б. Дмитриевой о состязательной экспертизе

Уважаемая Татьяна Борисовна!

Обращаюсь к Вам не только как к директору Государственного научного центра социальной и судебной психиатрии им. В. П. Сербского, заведующей единственной в стране кафедрой социальной и судебной психиатрии, главному психиатру-эксперту Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации, профессору, академику РАМН, но и как к крупному государственному деятелю, несущему высокую ответственность, как член политсовета правящей партии, экс-министр здравоохранения, сохранившему целостный взгляд на происходящие в обществе макропроцессы.

Роль судебной психиатрии во всем мире постоянно возрастает, сам предмет все больше дифференцируется, требования к судебно-психиатрической экспертизе делаются все строже.

Однако в нашей стране на протяжении последних лет, в результате все более полного государствования судебно-психиатрической экспертной деятельности уровень судебно-психиатрических экспертиз резко упал.

В течение последних 18 лет, принимая участие в судебных заседаниях по уголовным и гражданским делам в качестве экспертов, специалистов, свидетелей, представителей разных сторон, мы документируем в каждом выпуске Независимого психиатрического журнала процесс этого неуклонного снижения профессионального уровня.

В советский период и до 1999 года широко применялась практика включения по определению суда в судебно-психиатрические экспертные комиссии любого врача-психиатра. Так, я и мои коллеги неоднократно включались в состав экспертных комиссий Центра им. Сербского, и всякий раз это носило конструктивный характер. Но затем эта практика, еще за несколько лет до принятия Федерального закона "О государственной судебно-экспертной деятельности в Российской Федерации" (май 2001 г.) была прекращена. Центр им. Сербского перестал в этой части выполнять определения судов.

Все же нашу критику учитывали. Так, например, отказались от долгое время сохранявшейся формулировки "следует считать вменяемым" или "следует счи-

тать невменяемым", как вторгающейся в прерогативу суда да еще в императивном тоне. В августе 2003 года была даже принята Инструкция Минздрава РФ относительно требований, которым должно отвечать судебно-психиатрическое заключение.

В дальнейшем — вне открытой состязательности — добросовестно написанная констатирующая часть судебно-психиатрических экспертных заключений начала все чаще соследовать фактически с полным отсутствием целых разделов, предписанных инструкцией, — систематизации и квалификации полученных данных, обсуждения возможных альтернативных мнений и — главное — обоснования делаемых выводов. Более того, эти выводы нередко находились в грубом противоречии с констатирующей частью.

Сейчас произошло очередное грубое снижение качества СПЭ — авторы попавшего недавно к нам заключения, эксперты Вашего Центра, впервые посягнули на его констатирующую описательную часть. Это самое опасное из всего, что может произойти с экспертным заключением. Описательная часть — это фундамент, основа, на которой строится заключение. Некорректность описательной части акта открывает дорогу непротиворечивой подгонке данных под требуемый результат, исключая возможность полноценной критики. Однако в данном случае одни и те же эксперты в один и тот же день дали в два разных суда два заключения, совершенно идентичных во всем, кроме описательной части, что позволило увидеть расхождения в подаче одних и тех же материалов.

Однако пишет перед государственной экспертизой, тем более экспертизой, проведенной в Центре им. Сербского, настолько велик, что независимо от весомости наших доводов судьи обычно отдают предпочтение выводам государственной экспертизы, а не их критикам, тем более что это позволяет не усложнять и не затягивать судебный процесс. Такого рода неуязвимость для критики действует разворачивающе и разрушительно на профессиональный уровень СПЭ, и мы видим и документируем в журнале этот прискорбный процесс.

Мера грубого отклонения от общепринятых азбучных положений иной раз такова, что ни в коей мере не может быть связана с неграмотностью экс-

пертов, а только с их недобросовестностью, с сознательным введением суда в заблуждение.

Как можно иначе трактовать такие заявления экспертов, как отождествление второй группы инвалидности по спец. МСЭК с неспособностью понимать значение своих действий и руководить ими? Или диагноза энцефалопатии, выставленного невропатологом, с деменцией? Или утверждать отсутствие продуктивной психопатологической симптоматики при наличии описанного в констатирующей части бредового восприятия? Или постановка диагнозов по МКБ-10 в грубом противоречии с ее критериями?

Перед лицом разгула в наше время коррупционных искушений и мафиозных запугиваний, административного давления, вынужденной самоцензуры, личной заинтересованности и т.п., совершенно недостаточно провозглашения в статьях закона и этического кодекса судебного психиатра независимости эксперта, она ничем реальным не гарантирована.

Непродуктивно парировать наши усилия нормами закона, не следуя им *de facto*: “*В соответствии с Федеральным законом государственная судебно-экспертная деятельность основывается, в том числе, на принципе независимости эксперта (ст. 4)*, которым установлено, что при производстве судебной экспертизы эксперт независим, он не может находиться в какой-либо зависимости от органа или лица, назначивших судебную экспертизу, сторон и других лиц, заинтересованных в исходе дела (ст. 7). Аналогичные положения содержатся и в процессуальном законодательстве Российской Федерации. Например, в соответствии с УПК РФ эксперт не может принимать участие в производстве по уголовному делу, если имеются обстоятельства, имеющие основания полагать, что он лично, прямо или косвенно, заинтересован в исходе данного уголовного дела (ст.ст. 61, 70). Таким образом, эксперт является независимым и незаинтересованным в исходе конкретного дела лицом и поэтому принцип состязательности сторон не может каким-либо образом применяться и трансформироваться в “состязательность заключений экспертов”.

Эти нормы все эти годы остаются пустой декларацией. И в результате, читаем в письме одного из ведущих в мире судебных психиатров проф. Б. К. М. Рааса в связи с делом полковника Буданова: “*Когда, даже в очень трудных случаях, для принятия решения о (не)вменяемости требуется шесть экспертиз, то это позор и общественная девальвация судебной психиатрии как профессии... Может быть, судебная психиатрия в Российской Федерации в большей мере ориентирована на существующую власть, а не на собственный профессиональный и научный статус?*”. Как можно толковать Ваше молчание на это письмо в журнале Российского общества психиатров “Социальная и клиническая психиатрия”? Как участ-

ники исследования в суде трех из шести заключений экспертных комиссий по этому делу, мы, в отличие от государственных экспертных комиссий, метавшихся из стороны в сторону, придерживались исключительно фактов и в результате не только спасли честь отечественной судебной психиатрии, но и защитили полковника Буданова, который в противном случае объявлялся бы слабоумным.

Гарантией независимости может послужить только зависимость высокого статуса государственного эксперта от высокого профессионального уровня его экспертного заключения; неуязвимость обоснования им своих выводов и открытость заключения, которое он подписывает, профессиональной критике в ходе состязательности заключений экспертов разных сторон в суде; равноправное участие в этом обсуждении врачей-специалистов, подобно тому, как в США существуют эксперты-свидетели со стороны обвинения и со стороны защиты. Со своей стороны НПА России подготовила для этой цели соответствующий законопроект. Такого рода обеспечение реального действия механизма, гарантирующего научную доказательность выводов экспертного заключения, — в Ваших руках.

Другой мерой мог бы стать регулярный анализ этих вопросов на страницах “Российского психиатрического журнала”, главным редактором которого Вы являетесь, в новой стержневой рубрике: “Анализ экспертных ошибок”. Замечательная пироговская традиция безжалостного анализа своих ошибок совершенно выветрилась. Даже очень сдержанно написанный выдающийся труд Н. Г. Шумского “Диагностические ошибки в судебно-психиатрической практике” не стал предметом обсуждения, разбора, анализа, не стал примером серии таких работ, посвященных типовым экспертным ошибкам в наше время (за исключением разве что монографии Ф. С. Сафуанова). Необходима глава о типовых экспертных ошибках и в “Руководстве по судебной психиатрии”, необходимы специальные монографии, диссертационные исследования на эту тему, анализ зарубежного опыта там, где он ушел далеко вперед от нашей практики. Продуктивной была бы перекличка наших журналов в самых различных формах: откликов на наши замечания и критику, взаимные публикации, дискуссии и обсуждения наиболее сложных проблем. Это не только бы вдохнуло жизнь в публикации, но послужило росту профессиональной рефлексии, профессионального уровня и продвигало бы саму проблематику. Без критики, открытой дискуссии, без постоянной состязательности все увядает и вырождается. Сильного оппонента ищут, им дорожат. Если, конечно, цель — высокий профессиональный уровень и соответствие провозглашенным этическим и правовым принципам.

Президент НПА России Ю. С. Савенко

Малопрогредиентная шизофрения (шизотипическое расстройство), сочетающаяся с алкоголизмом

А. Г. Гофман, И. В. Шлёмина, Е. С. Лошаков, К. Д. Малков

Сочетание шизофрении (раннего слабоумия) с алкоголизмом принято связывать с именем Гретера (1909). Располагая 22 наблюдениями бесспорной шизофрении, Гретер описал возникающие при таком сочетании психозы (в основном галлюцины). Он также высказывался о взаимовлиянии раннего слабоумия и алкоголизма. В течение многих десятилетий вопрос о взаимоотношении шизофрении и алкоголизма рассматривался почти исключительно в плане оценки психотических состояний, возникающих при наличии двух заболеваний. Многими авторами ставилось под сомнение чисто алкогольное происхождение острого и хронического алкогольного галлюциновозов. Так, Е. Блейлер писал, что он только читал о хроническом алкогольном галлюцинозе, но никогда не видел такого психоза. В результате многолетнего изучения проблемы сочетания двух заболеваний были сформулированы три точки зрения:

1. Алкоголизм смягчает течение шизофрении, делая больных более приспособленными к жизни в обществе (Е. Крепелин). Основанием для этого явились наблюдения над “деградировавшими пьянистующими” больными шизофренией, которые бродяжничали, но все-таки не обнаруживали тех разрушительных последствий эндогенного заболевания, которые можно было наблюдать в психиатрических стационарах. Иными словами, при сочетании двух заболеваний не наблюдается исходных (конечных) состояний. Вопрос о том, что с углублением дефекта или с развитием шизофренического слабоумия пьянство вынужденно прекращается, Крепелином даже не ставился.

2. Алкоголизм утяжеляет течение шизофрении. В основу этого утверждения легли наблюдения за возникновением в результате злоупотребления алкоголем психотических состояний явно эндогенной природы. Поэтому делался вывод о том, что хроническая алкогольная интоксикация обостряет течение шизофрении. Этой точки зрения придерживался ряд отечественных авторов. Так, И. В. Стрельчук (1966) полагал, что алкоголизм может лишь временно смягчить симптоматику шизофрении, но последняя настолько утяжеляет течение хронической алкогольной интоксикации, что все заканчивается полной утратой трудоспособности и формированием апатического слабоумия.

3. Третья точка зрения была сформулирована в 1965 г. А. Г. Гофманом. Было высказано предположение, что алкоголизм сочетается лишь с относительно

благоприятно протекающим шизофреническим процессом. Дальнейшее исследование проблемы, проведенное сотрудниками Московского НИИ психиатрии, показало, что алкоголизм обычно сочетается с достаточно благоприятно протекающей шизофренией, что с нарастанием шизофренического дефекта злоупотребление алкоголем редуцируется или полностью прекращается.

Примерно с начала 70-х годов прошлого столетия в Московском НИИ психиатрии началось детальное изучение сочетания алкоголизма не с шизофренией в целом, а с различными ее формами. Это было особенно важно в плане выяснения взаимовлияния шизофрении и алкоголизма, так как разным формам шизофрении (по классификации А. В. Снежневского) свойственна разная прогредиентность эндогенного процесса.

Уже в исследовании Ю. С. Вишняковой (1972) было показано, что алкоголизм сочетается с относительно благоприятно протекающими формами шизофрении, в том числе с вялотекущей шизофренией. Поскольку обследовались только больные, госпитализированные в связи с психозами или грубо неадекватным поведением, встал вопрос о течении двух заболеваний у пациентов, наблюдавшихся в диспансерах. Что касается психозов, то Ю. С. Вишнякова показала, что при сочетании двух заболеваний возможно возникновение как экзогенных психотических состояний (делирий, острый вербальный галлюциноз), так и эндоформных психотических состояний, в том числе галлюцинаторно-параноидных.

Эпидемиологическое исследование, проведенное Л. М. Шейниным (1984) на базе психоневрологического диспансера, было контролируемым (сравнивались данные, касающиеся “чистой” шизофрении и сочетающейся с алкоголизмом). Оно показало, что примерно 12 % больных шизофренией страдают одновременно алкоголизмом или находятся в состоянии хронической алкогольной интоксикации. Было подтверждено наблюдение И. В. Павловой (1957) о том, что алкоголизм может предшествовать шизофрении, но может и присоединиться к ранее начавшемуся шизофреническому процессу. Оказалось, что в том случае, когда алкоголизм предшествует возникновению шизофрении, он гораздо чаще и дольше сохраняет присущие ему закономерности течения. В тех случаях, когда алкоголизм присоединяется к шизофрении, он нередко может быть обозначен как “симптомати-

ческий”, т.е. зависящий от течения эндогенного заболевания, его обострений и ремиссий. Было также установлено, что алкоголизм не сочетается со злокачественным шизофреническим процессом, начавшимся в молодом возрасте (при возникновении слабоумия любой структуры пьянство прекращается). Оказалось, что алкоголизм очень редко сочетается с рекуррентной шизофренией (шизоаффективным расстройством). В основном алкоголизм сочетается с приступообразно-прогредиентной шизофренией, параноидной и вялотекущей. Разумеется, все выводы из этой эпидемиологической работы распространяются на тех больных, которые наблюдаются в психоневрологических диспансерах. Между тем, можно полагать, что среди больных алкоголизмом, зарегистрированных в наркологических диспансерах, определенная часть также страдает шизофренией, но в силу благоприятного течения эндогенного заболевания оно просто не диагностируется.

Предпринятое через 15 лет после этой работы исследование К. Д. Малкова (1999) также было выполнено как эпидемиологическое. Обследовались все больные шизофренией, страдающие алкоголизмом на 3 врачебных участках психоневрологических диспансеров. К. Д. Малкову удалось продемонстрировать синдромологические различия “чистой” шизофрении и шизофрении, сочетающейся с алкоголизмом. Было доказано, что при сочетании двух заболеваний намного чаще встречаются стертые аффективные расстройства, негрубые изменения личности, психопатоподобные расстройства и намного реже — неврозоподобные нарушения. Не встречаются при сочетании двух заболеваний кататонический синдром и конечные состояния. К. Д. Малков также отметил нередкое сочетание вялотекущей шизофрении и алкоголизма.

И в работе Л. М. Шейнина, и в работе К. Д. Малкова в связи с относительно небольшим количеством наблюдений не представилось возможным детально исследовать клинические особенности малопрогредиентной шизофрении, сочетающейся с алкоголизмом или хронической алкогольной интоксикацией. Так, осталось не вполне ясным, как часто алкоголизм предшествует появлению эндогенного заболевания, как часто присоединяется к заболеваниям шизофренического спектра. Не было полной ясности и в характеристике алкогольной интоксикации, особенностях течения алкоголизма при его многолетнем сочетании с шизофренией. Наконец, не было установлено, как часто при сочетании двух заболеваний встречаются основные варианты малопрогредиентной шизофрении, т.е. формы с преобладанием психопатоподобной, неврозоподобной симптоматики и стертый аффективной патологии. Интересным представлялось выяснить, насколько эффективны те или иные методики лечения больных с сочетанной патологией. Предпринятое в конце 90-х годов исследование А. Г. Гофмана и Е. В. Паничевой (1998) показало, что

организация лечения в Москве больных, страдающих шизофренией и алкоголизмом, оставляет желать лучшего. Большинство больных получают помощь фактически только в стационарах, антиалкогольное лечение им не проводится или проводится крайне редко (в психоневрологических диспансерах антиалкогольное лечение обычно не проводится, в наркологических диспансерах если и осуществляются какие-то терапевтические мероприятия, то только в форме антиалкогольной терапии).

Очень важной предпосылкой проведения исследования является выбор медицинского учреждения. Очевидно, что выявляться должны больные, страдающие алкоголизмом или те, у которых пьянство приняло многодневный характер. Таких лиц теоретически можно чаще всего обнаружить в наркологическом диспандере. Однако, обследовать безвыборочно огромный контингент пациентов наркологического диспандера практически невозможно. Поэтому было принято решение обследовать больных, поступающих в наркологическое подразделение Московского НИИ психиатрии в связи со злоупотреблением алкоголем, у которых выявляются симптомы малопрогредиентной шизофрении. Обследовались также больные, злоупотребляющие алкоголем, у которых возникают острые психотические состояния, а после купирования психозов обнаруживаются проявления малопрогредиентного шизофренического процесса. Такие больные регулярно госпитализируются в одно из отделений психиатрической больницы № 4 им. П. Б. Ганнушкина. Некоторое количество больных обследовано в одном из психоневрологических диспансеров и в психиатрической больнице № 3 им. В. А. Гиляровского.

ХАРАКТЕРИСТИКА ОБСЛЕДОВАННЫХ БОЛЬНЫХ И МЕТОДОВ ОБСЛЕДОВАНИЯ

Клинико-психопатологическое обследование дополнялось использованием некоторых клинико-психометрических и экспериментально-психологических методик: шкала Гамильтона для оценки депрессии (21 пункт), “пиктограмма”, “исключение предметов”, заучивание 10 слов, методика Дембо-Рубинштейн для изучения самооценки. Диагноз малопрогредиентной шизофрении ставился с опорой на критерии шизотипического расстройства по МКБ-10. Из исследования исключались больные тяжелым органическим поражением мозга; лица, злоупотребляющие любыми психоактивными веществами, кроме алкоголя и табака, а также больные тяжелыми заболеваниями внутренних органов с явлениями декомпенсации. Все полученные данные подвергнуты статистической обработке.

ПОЛУЧЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Всего обследовано 84 больных, мужчин — 69, женщин — 15. Соотношение мужчин и женщин (4,6 : 1) отличается от такового, полученного при изучении всех больных шизофренией, сочетающейся с алкоголизмом (8 : 1). Возраст больных колебался от 18 до 66 лет, средний возраст $38,9 \pm 10,6$ лет. У 72 пациентов шизотипическое расстройство сочеталось с истинным алкоголизмом, в 12 наблюдениях диагностирована хроническая алкогольная интоксикация (симптоматический алкоголизм). Эти цифры существенно отличаются от данных, полученных при обследовании всех больных шизофренией, сочетающейся с алкоголизмом. Там примерно у 50 % больных диагностировался хронический алкоголизм, у 50 % — хроническая алкогольная интоксикация.

У 60 больных (71,4 %) малопрогредиентная шизофрения протекала с преобладанием аффективной патологии, у 16 больных (19 %) — с преобладанием психопатоподобных нарушений, у 8 пациентов (9,6 %) — с доминированием неврозоподобных нарушений. Эти данные резко отличаются от тех, которые были получены сотрудниками НЦПЗ РАМН при эпидемиологическом исследовании шизофрении. Оказалось, что при изолированной малопрогредиентной шизофрении нерезко выраженные аффективные расстройства встречаются только у 12,9 % больных, психопатоподобные — у 23,9 %, неврозоподобные — у 34,9 %, паранойальные — у 19,2 %, иные состояния — у 9,1 %. Главные различия состоят в том, что при малопрогредиентной шизофрении, сочетающейся с алкоголизмом, доминируют аффективные расстройства (преимущественно депрессивные), а при изолированном течении шизотипического расстройства — неврозо- и психопатоподобные нарушения. Кроме того, у 19,2 % больных диагностируются паранойальные состояния, которые при сочетанном течении двух заболеваний не встречаются. Эти данные соответствуют раннее полученным результатам, согласно которым с развитием паранойального состояния злоупотребление алкоголем прекращается.

Оказалось, что при сочетанном течении двух заболеваний отмечается очень высокая наследственная отягощенность шизофренией и заболеваниями шизофренического спектра, а также алкоголизмом: у 12 % больных родственники первой степени родства страдали шизофренией, еще у 12 % — шизофренией и алкоголизмом, у 35,7 % — алкоголизмом. Только у 40,3 % больных родственники не страдали ни алкоголизмом, ни шизофренией. Эти данные об очень высокой наследственной отягощенности шизофренией (24 %) и алкоголизмом (47,7 %) соответствуют аналогичным результатам, полученным ранее при эпидемиологическом изучении шизофрении, сочетающейся с алкоголизмом. Их трудно интерпретировать, но

они демонстрируют более высокую отягощенность шизофренией, чем это регистрируется при исследовании ближайших родственников больных “чистой” шизофренией (манифестные психозы у 12,7 — 20 % родственников первой степени родства).

Появление первых признаков психического заболевания у большинства больных предшествовало началу злоупотребления алкоголем. Дебют эндогенного заболевания приходился на возраст от 9 до 29 лет (средний возраст $15,2 \pm 4$ года), начало активизации шизотипического расстройства в среднем отмечалось в возрасте $18,7 \pm 4,2$ года. Между тем, возраст начала злоупотребления алкоголем в зависимости от доминирования аффективных, психопатоподобных и неврозоподобных расстройств колебался от 16 до 48 лет (средний возраст $25,3 \pm 6,7$ лет). Иными словами, при шизотипическом расстройстве, сочетающемся с алкоголизмом, последний чаще всего присоединялся к эндогенному заболеванию. В начале злоупотребления алкоголем его суточная дозировка колебалась примерно от 250 до 2500 мл 40° водки, в дальнейшем суточная толерантность к алкоголю возрасла до 500 — 4000 мл водки. В тех случаях, где сформировался алкогольный абстинентный синдром, это происходило в возрасте от 17 до 50 лет (в среднем в $28,8 \pm 7$ лет).

На инициальном периоде эндогенного заболевания доминировали аффективные нарушения (преимущественно субдепрессивные расстройства), реже отмечались психопатоподобные и неврозоподобные нарушения. Последние могли обостряться в состоянии похмелья, а также при утяжелении депрессии. В случае доминирования аффективных нарушений биполярные тип течения наблюдался у 55 % больных, только депрессии отмечались у 45 % пациентов. Характерной была тенденция к континуальному течению аффективных расстройств. В тех случаях, когда отмечалось фазное течение, постепенно укорачивались светлые промежутки и наблюдалась неполная редукция симптоматики. При биполярном течении наиболее продолжительными и частыми оказывались депрессивные нарушения. Депрессии отличались полиморфизмом, нередко их можно было оценить как атипичные, примерно с одинаковой частотой встречались тоскливо-апатические (часто с тревожными и дисфорическими включениями) и тоскливо-тревожные состояния с дисфорическими или апатическими компонентами. В структуре депрессий отмечалось выпадение одного из компонентов триады, могла отсутствовать идеаторная или моторная заторможенность. Часто отсутствовали идеи самообвинения, самоосуждения. Тревога проявлялась внутренним напряжением, беспокойством, она могла быть и беспредметной, и выражаться в появлении опасений, касающихся работы, благополучия семьи.

Тоскливо-апатические состояния характеризовались снижением или потерей интереса к окружающему, утратой желаний и потребностей. Моторная и

идеаторная заторможенность были выражены незначительно (нередко за счет тревожных включений).

Начало систематического употребления алкоголя или злоупотребления им нередко приходилось на период активизации эндогенного заболевания. Часть больных (41,7 %) с самого начала предпочитала употреблять спиртное в одиночестве. По мере прогрессирования шизотипического расстройства 78,6 % переходили к потреблению алкоголя в одиночестве, им не требовалось общение в состоянии опьянения. У всех больных на протяжении жизни колебания настроения могли становиться причиной алкогольных эксцессов. Особенностью алкоголизации в большинстве наблюдений являлось стремительное нарастание массивности пьянства, но отсутствовало четкое разграничение стадий алкоголизма. В ряде случаев, несмотря на длительное и массивное пьянство, сохранялась возможность умеренного употребления спиртного, обычно во время ремиссий или послабления психопатологической симптоматики. У 72 пациентов был сформирован алкогольный абстинентный синдром, у 12 больных отмечались периоды многодневного злоупотребления большими дозировками алкоголя. Для формирования абстинентного синдрома обычно требовалось не более трех лет. Только у 5 человек он формировался длительно, а у трех человек, несмотря на многолетнее тяжелое пьянство, так и не был сформирован. При наличии психопатоподобных расстройств абстинентный синдром формировался быстрее. Обычно у больных алкоголизмом абстинентный синдром формируется за $6,4 \pm 0,28$ лет злоупотребления алкоголем (И. Г. Ураков, В. В. Куликов, 1977).

У 21 пациента из 84 в состоянии похмелья возникали острые психотические состояния. Столь большая частота возникновения психозов связана, скорее всего, с обследованием части больных, госпитализированных в связи с появлением психотической симптоматики в психиатрическую больницу. Психозы протекали в форме делириев, галлюцинозов и кратковременных эндоформных психозов. У 12 больных возникали повторные психозы; впервые возникшие психозы могли быть алкогольными, в дальнейшем их структура становилась атипичной с большим удельным весом эндоформной симптоматики. После окончания психозов выявлялись изменения личности, мышления, эмоциональной сферы, характерные для шизофrenии и заболеваний шизофренического спектра. Несмотря на многолетнее злоупотребление алкоголем, внешний вид больных, их манера общаться, отвечать на вопросы были характерны для больных малопрогредиентной шизофренией, а не алкоголизмом.

Несистематизированные, отрывочные идеи отношения преследования, элементарные галлюцинации, оклики по имени встречались обычно в состоянии похмелья, но могли появляться и в периоды воздержания от алкоголя. Некоторым больным была свойственна подозрительность, недоверчивость, излишняя

осмотрительность при выполнении повседневных обязанностей.

Часто встречались гипомимия или достаточно выраженная неадекватность мимики содержанию высказываний. Однообразная, "застывшая мимика" с застенчиво-подозрительным или печальным взглядом иногда контрастировала с высокомерной манерой держаться. Во время беседы машинообразная моторика и монотонная речь неожиданно прерывались быстрыми и резкими высказываниями. Недоступность и закрытость могли сменяться разговорчивостью с излишней "обнаженностью", особенно в вопросах, касающихся взаимоотношений с лицами другого пола.

Аутистические проявления с резонерством, формализмом сочетались с эмоциональной обедненностью, неспособностью к душевному отклику и со-переживанию. Свойственные алкоголизму раздражительность, грубо-властная напористость, легкость установления контакта даже с незнакомыми людьми, не встречались.

При большой давности заболевания больные становились безынициативными, пассивными. Некоторое оживление отмечалось только при смене субдепрессивного состояния гипоманиакальным. Обычно вместо конкретных дел наблюдались резонерские рассуждения, оторванные от повседневной реальности мечтания, бездеятельность. В состоянии похмелья часто возникали идеи отношения, депрессивные проявления, неадекватность мимики, вплоть до появления гримас и тикообразных подергиваний мышц лица. Становились особенно выраженными неуклюжесть, неловкость движений, дискоординированность моторики.

Из 84 больных 26 человек впервые оказались на стационарном лечении, 58 стационарировались в течение жизни от 2 до 31 раза. Чаще всего госпитализациям предшествовали периоды многодневного пьянства. Нередко диагноз шизофрении ставился только при повторных госпитализациях. В больницах назначались транквилизаторы (100 % больных), нейролептики (96,4 % больных), антидепрессанты (83,3 % больных), нормотимики (39,3 % больных). Наиболее длительные периоды воздержания от алкоголя наблюдались в периоды послабления эндогенной симптоматики, когда уменьшалась выраженность аффективных расстройств, психопатоподобной и неврозоподобной симптоматики. Наилучшие терапевтические результаты достигались при сочетании терапии психотропными препаратами с психотерапией и проведением антиалкогольного лечения.

В результате многолетнего течения двух заболеваний снижалась трудоспособность больных. Однако инвалидов I, II и III группы при сочетании двух заболеваний было меньше, чем при изолированном течении малопрогредиентной шизофрении (соответственно 17,85 % и 31,68 %). Вместе с тем, при сочетании двух заболеваний, когда инвалидность не оформлялась,

Малопрогредиентная шизофрения (шизотипическое расстройство), сочетающаяся с алкоголизмом

оказалось, что 21,4 % больных длительное время не работают, а 44 % обнаруживают значительное снижение профессионального уровня.

Экспериментально-психологические методики позволили установить характерные для шизофрении нарушения мышления: гиперконкретность (преобладание конкретных образов), разноплановость, опора на латентные признаки, резонерство, формальность. Характерен средний уровень самооценки по всем шкалам методики Дембо-Рубинштейн.

Установлено также снижение “механической” памяти по сравнению с опосредованным запоминанием, что более характерно для больных алкоголизмом, а не шизофренией.

ВЫВОДЫ

1. При сочетании шизотипического расстройства с алкоголизмом доминируют аффективные расстройства. Даже в тех случаях, когда эндогенное заболевание дебютирует появлением психопатоподобных или неврозоподобных нарушений, в дальнейшем начинают преобладать аффективные расстройства.

2. Преобладают при сочетанном течении двух заболеваний полиморфные и атипичные субдепрессивные расстройства, имеющие тенденцию к континуальному течению.

3. Алкоголизм формируется намного быстрее при сочетанном течении двух заболеваний. Преобладает истинный алкоголизм со сформированным алкогольным абстинентным синдромом. Симптоматический алкоголизм в форме многодневного пьянства встречается намного реже.

4. Воздержание от алкоголя нередко связано с послаблением эндогенной симптоматики, обострение шизотипического расстройства часто приводит к возникновению запоев или многодневного пьянства

5. Наилучшие терапевтические результаты достигаются при проведении комплексной терапии, включающей применение психотропных препаратов, психотерапевтических методик и методов антиалкогольной терапии.

6. Психозы, возникающие при сочетанном течении двух заболеваний, протекают в форме делириев, острых галлюцинаций и кратковременных эндоформных психозов. Они возникают, как правило, в первые дни после прекращения многодневного злоупотребления алкоголем.

ЛИТЕРАТУРА

1. Вишнякова Ю. С. Клиника и терапия шизофрении и хронического алкоголизма при их сочетании. Автореф. диссертации канд. мед. наук. М., 1972, 25 стр.
2. Гофман А. Г. О некоторых особенностях синдрома вербально-галлюцинации при разных формах шизофрении, осложненной хроническим алкоголизмом // Вопросы социальной и клинической психоневрологии. М., 1965, с. 130 – 139.
3. Гофман А. Г., Паничева Е. В. К вопросу об организации психиатрической помощи больным эндогенными заболеваниями, сочетающимися с алкоголизмом // Социальная и клиническая психиатрия, 1998, № 2, с. 95 – 9.
4. Малков К. Д. Клинико-динамические особенности расстройств шизофренического спектра и сочетающегося с ними алкоголизма. Автореф. диссертации канд. мед. наук. М., 2001, 20 с.
5. Малков К. Д. Особенности синдромальной динамики шизотипического расстройства, сочетающегося с алкоголизмом // Вопросы наркологии, 1999, № 4, с. 23 – 29.
6. Павлова И. В. Клинические особенности шизофрении, осложненной хроническим алкоголизмом // Вопросы клиники, патогенеза и лечения шизофрении. М., 1957, с. 147 – 170.
7. Стрельчук И. В. Острая и хроническая интоксикация алкоголем. М., 1966, с. 215 – 231.
8. Ураков И. Г. Кулаков В. В. Хронический алкоголизм. М., 1977, 167 с.
9. Шейнин Л. М. Шизофрения, сочетающаяся с алкоголизмом. Автореф. диссертации канд. мед. наук. М., 1984, 23 с.
10. Kraepelin E. Psychiatrie. 1913.
11. Graeter G. Dementia praecox und Alkoholismus chronicus. 1909.

Первичное патологическое влечение к игре. Взгляд с феноменологической и метапсихологической точки зрения

Д. А. Автономов¹

В данной работе нами рассмотрен феноменологический и метапсихологический подход к синдрому патологического влечения на примере влечения к азартным играм. Представлено динамическое, стадийное описание данного синдрома у патологических азартных игроков. Также нами высказана критика традиционной концепции патологического влечения как феномена относящегося к обсессивному и компульсивному регистру.

Стержневым синдромом любой аддикции является *феномен первичного патологического влечения*, он же отличает аддиктов от других категорий пациентов. Феноменологически патологическое влечение мы определяем так: “*Патологическое влечение (тяга) — это специфическая интенция к объекту зависимости, возникающая посредством активизации в памяти аффективно заряженного положительного впечатления и одновременное осознание отсутствия данного состояния сейчас, приводящая к стремлению воспроизвести его в ближайшем будущем*”. Не поддающаяся совладанию тяга к игре является общим знаменателем у пациентов страдающих от патологической склонности к азартным играм.

Патологическое влечение к игре представляется нами, как континuum простирающийся от незначительного эмоционального дискомфорта, сопровождающегося внутренней борьбой, до бескомпромиссного, разрушительного, преодолевающего всевозможные препятствия и затруднения — импульсивного влечения.

Тем не менее, нам как психологам, часто приходилось слышать от наших пациентов фразу: “*Тяги к игре нет*”. Особенно часто в начальный период реабилитации, когда пациент переживает своеобразный “*медовый месяц*” на фоне развития позитивного переноса не только к психологу, но и к терапевтической группе.

Групповое занятие в терапевтической группе для патологических азартных игроков стартует с шеринга (от английского *to share* — делиться), который по традиции начинается с представления пациентов и сообщения о том, сколько дней они не играют. С подачи психолога, который предлагает начать занятие, пациенты по кругу начинают высказываться, передавая слово от одного к другому. Благодаря шерингу, у пациентов есть возможность кратко сказать о своем состоянии, о своих чувствах и ожиданиях от занятия.

Во время шеринга групповое сплочение возрастает, особенно между теми членами группы, которые могут обнаружить некоторое сходство в своих переживаниях. Благодаря рассказу другого, пациенты начинают лучше понимать свое состояние и встречаются с тем, что можно назвать — “идентичностью переживаний”. Пациенты начинают видеть в другом себя самого и узнавать себя через другого. Все участники группы сталкиваются со схожими трудностями и борются с ними — это является основой для возникновения связи. Для пациентов шеринг — это выход из изоляции, в которой они привычно обитают и возможность сказать что-то другим людям в группе. Так же это возможность научиться слушать других людей, терпеливо ожидая своей очереди, не перебивая, не осуждая, не комментируя и не давая советов. Психолог в свою очередь получает информацию о пациентах, об их актуальных проблемах и о том, как они их понимают, и что особенно важно — как они реально поступают в своей повседневной жизни.

Многие пациенты, начав высказываться, первым делом с большим удовлетворением сообщают группе, что тяги к игре у них нет, да и никогда не было. Другие сами об этом не говорят, но дают отрицательный ответ на прямой вопрос психолога, испытывали ли они тягу.

Тут мы вплотную подходим к тому, что в психоанализе называется защитными механизмами личности. Согласно “Словарю по психоанализу” Ж. Лапланша, Ж. Б. Понталиса под защитными механизмами личности можно понимать: “*Совокупность действий, нацеленных на уменьшение или устранение любого изменения, угрожающего цельности и устойчивости биopsихологического индивида...* В целом речь идет о защите от внутреннего возбуждения (влечения) и особенно от представлений (вспоминаний, фантазий), причастных к этому влечению, а также о защите от ситуаций, порождающих такое возбуждение, которое нарушает душевное равновесие и, следовательно, неприятно для Я”.

Для патологических азартных игроков характерно отрижение своего внутреннего мира и игнорирование любого вида интроспекции. Они склонны не замечать возникновение у себя тяги к игре. А если и замечают, то боятся себе признаться в этом. Вместо этого они начинают убеждать себя, что это нечто другое и/или приуменьшать силу своего желания и т.д.

В начале мы дали описание тяги с феноменологической точки зрения: “*Патологическое влечение (тяга) — это специфическая интенция к объекту зависимости*”

¹ Клинический психолог. Московская секция Кляйнианского психоанализа.

симости, возникающая посредством активизации в памяти аффективно заряженного положительного впечатления и одновременное осознание отсутствия данного состояния сейчас, приводящая к стремлению воспроизвести его в ближайшем будущем". Несомненным достоинством феноменологической точки зрения является беспредпосыльное описание опыта с точки зрения самого познающего индивидуума. Как писал К. Ясперс: "Первым шагом к научному пониманию — а это должно быть несомненным — при этом является выделение, ограничение, различие и описание *определенных психических феноменов*, которые благодаря этому будут ясно *представляться* и закономерно называться *определенным выражением* (термином)".

Психоаналитически ориентированный психолог может рассматривать феномен тяги к игре у патологических азартных игроков также и с метапсихологической точки зрения. Метапсихология — термин, предложенный З. Фрейдом для обозначения концепций объясняющих и описывающих психические процессы с позиции психоанализа.

Опираясь на взгляды Фрейда, Д. Рапапорт и М. Гилл в своих работах (1959, 1960) подробно и детально описали пять метапсихологических подходов — структурный, динамический, экономический, генетический и адаптивный.

➤ Структурная точка зрения полагает наличие относительно неизменных, стабильных, иерархически организованных психических конфигураций.

➤ Динамическая точка зрения предполагает, что существуют психические силы, которые характеризуются определенной величиной и направленностью, и что эти силы динамически взаимодействуют друг с другом.

➤ Экономическая точка зрения предполагает существование психической энергии подчиненной, как закону сохранения энергии, так и закону энтропии.

➤ Генетическая точка зрения предполагает, что любые психические явления имеют психическое происхождение и развиваются по генетическому плану. Причем ранние формы психических явлений заменяются со временем более поздними, но при этом вовсе не исчезают бесследно, а продолжают существовать и оказывать влияние на жизнь индивидуума.

➤ Адаптивная точка зрения предполагает взгляд на любое психическое явление через призму его отношения с окружающей средой. Она включает в себя процессы аутопластической и/или аллопластической адаптации. Индивидуум адаптируется к среде так, и среда адаптируется к нему.

Психоаналитически ориентированный психолог может задать вопросы с точки зрения структурной модели психики:

➤ Близка ли от осознания тяга к игре у пациента или нет? Если пациент не осознает тяги играть, то какие механизмы психологической защиты для избега-

ния осознания он использует? Идет ли речь о таких примитивных механизмах, как отрицание, или о более зрелых, таких как вытеснение? Какова сила Эго пациента и насколько он способен противостоять, откладывать и сублимировать влечение?

С динамической точки зрения:

➤ Какой характер преобладающего конфликта наблюдается у пациента? Воспринимает ли пациент этот конфликт как внутрипсихический или как конфликт с внешним миром?

С экономической точки зрения:

➤ Какова сила (количество) тяги к игре: Переживает ли пациент тягу к игре как избыток напряжения ищущей разрядки или как голод по стимулу?

С генетической точки зрения:

➤ Какие ранние формы психических явлений активизируются и манифестируются во влечении к игре? Переживая тягу к игре, на какой уровень психического функционирования регрессирует пациент?

С адаптивной точки зрения:

➤ Какова адаптивная функция влечения к игре? Таким образом пациент поддерживает, восстанавливает и улучшает существующее состояние адаптированности?

Для иллюстрации мы предлагаем для рассмотрения следующую схему, которую мы назвали "Вектор тяги".

<i>"Отрицание и вытеснение тяги"</i>	<i>"Тяги нет"</i>	<i>"Слабая тяга"</i>	<i>"Трясет от тяги"</i>
--------------------------------------	-------------------	----------------------	-------------------------

Для патологических азартных игроков типично игнорирование своего внутреннего мира и в обычных условиях тонкие проявления тяги пациенты просто не замечают. Подобный стиль избегающего поведения Леон Вёрмсер (2000) метко назвал — *психофобией*. Нетрудно увидеть в психофобии проявление маниакальных защитных конфигураций.

Маниакальная защита — понятие, которому в Кляйнианской психоаналитической школе традиционно придается большое значение. Дональд Винникотт (1935) обратил внимание, что трудности в определении термина мания и сложности его понимания непосредственно связаны с самой природой маниакальной защиты. Он писал: "...Слово "депрессия" используется не только в научной, но и, довольно точно, в разговорной речи. Не просматривается ли в этом интроспекция, которая сопровождает депрессию? Тот факт, что не существует разговорного термина для маниакальной защиты, может быть связан с недостатком самокритики, который сопровождает ее клинические проявления. Согласно истинной природе маниакальной защиты, мы можем ожидать неспособности достичь понимания ее с помощью интроспекции в тот момент, когда эта защита действует. Когда мы в депрессии, мы *чувствуем* подавленность. Когда у нас действует маниакальная защита, мы *менее всего чувствуем*, что защищаемся от депрессии. В такие мо-

менты мы скорее чувствуем приподнятое настроение, счастье, занятость, возбуждение, нам смешно, мы всеведущи, “полны жизни”, и в то же время нас меньше чем обычно интересуют серьезные вещи и ужасы ненависти, разрушения и убийства”.

Отрицание у патологических азартных игроков проявляется в том, что отрицаются:

- Переживание влечения к игре как такового;
- Психологический дискомфорт в связи с этим влечением;
- “Игровая” часть себя (Я как игрок).

Часто только по поступкам и то “задним числом” пациенты могут понять (и то не всегда), что их поведение мотивировалось влечением к игре.

Например, один из наших пациентов с общим игровым стажем в 7 лет и менее суток назад игравший в казино, сказал нам (и себе), что он принял окончательное решение, и теперь все — он больше играть не будет и тяги у него никогда не возникнет! Другому нашему пациенту после окончания двухмесячного курса реабилитации “неожиданно” пришла в голову идея, что он окончательно выздоровел от игромании и теперь может спокойно вернуться к игре. Еще один пациент пошел играть чтобы “проверить эффективность” проведенной психотерапии!

Еще один наш пациент, воздерживаясь от игры в течение нескольких месяцев, осознал, что за периодически инициированным скандалом дома стоит скрытое от него самого желание играть. Всякий раз в прошлом, когда он играл, все начиналось с того, что он выплескивал в адрес жены свое раздражение по малейшему поводу. Раздражение быстро перерастало в бурный конфликт со взаимными обвинениями. После этого пациент хлопал дверью и шел в игровой клуб играть в автоматы, с чувством оскорбленной гордости, одновременно ощущая триумф собственной правоты. После скандала он уже мог позволить себе спокойно играть и при этом, что немаловажно — не чувствовать вину. Так как в его срыве виновата жена, которая его “не понимает” и “доводит” и т.д.

Еще одним распространенным проявлением отрицаемой тяги к игре является неопределенный эмоциональный дискомфорт. Пациенты, воздерживаясь от игры, отмечают, что им чего-то не хватает. Попытки прояснить, чего же им не хватает, обычно ни чему не приводят.

О. Фенихель (1945) писал о подобных реакциях следующее: “Пациенты становятся безразличными и угрюмыми. Некоторые из них испытывают парализующую усталость, соответствующую дефициту энергии, и одновременно напряжены, суетливы, поскольку отвергнутые побуждения стремятся к разрядке. Пациенты чувствуют необходимость разрядки, но им недостает энтузиазма и интереса к тому, что могло бы ее обеспечить. Они жаждут подсказки о действиях (ведь их реальные цели бессознательны) и одновре-

менно отвергают все предложения (поскольку не хотят замещения)”.

В таких случаях психолог может указать пациенту что, похоже, ему просто скучно. Скука в этом контексте — это состояние внутреннего возбуждения и напряжения при отсутствии осознанной цели. Часто пациент с этим соглашается. Психолог может спросить пациента, что он делал раньше, когда он сталкивался с подобным состоянием? Пациенты обычно со всей искренностью прямо отвечают — “Шел играть!”

Вытеснение представляет собой более зрелый защитный механизм. Вытеснение — это *мотивированное* забывание и игнорирование. У патологических азартных игроков вытеснение проявляется в том, что тяга к игре удаляется из сознания и удерживается в подсознании. На это удаление и удержание затрачивается большое количество психической энергии. Мысли, чувства, влечения, являющиеся нежелательными в данный момент или неприемлемыми из-за тревоги, которая может возникнуть в результате их восприятия, становятся недоступными осознанию субъекта. Периодически у таких пациентов к их немалому удивлению происходит “возвращение вытесненного”. Например, один наш пациент, говоривший об исчезновении у него тяги к игре, рассказал нам, что ему начали сниться сны, в которых он отчаянно играет в игровые автоматы. Периодически вытесненное вление играть дает о себе знать через совершение ошибочных действий, оговорок на игровую тему, описок и читок. Так один наш пациент какое-то время воздерживаясь от игры в рулетку, ужиная в ресторане и желая выпить красного вина, попросил официанта — “Поставить на красное”.

Другой наш пациент “задним числом” установил, что страстный просмотр дорогих иномарок в автосалоне и Интернете для него и есть проявление скрытой тяги к игре. Когда он играл, он очень хотел выиграть престижный автомобиль. Автомобиль он не выиграл, более того свой (да и не один) проиграл. При этом через какое-то он благополучно “забыл” о своем желании несмотря ни на что “отыграться”.

Также косвенным симптомом, указывающим на процессы вытеснения влечения к игре, являются, по нашему мнению, жалобы пациентов на апатию, снижение интереса к жизни и ощущение хронической усталости.

Важно понимать, что несмотря на то, что пациенты не осознают наличие у них влечения к игре во время ремиссии, оно, тем не менее, не исчезает волшебным образом из их психической жизни. Оно существует, оказывает сильное влияние на их жизнь, поведение и умонастроение.

Продолжая рассматривать защитные механизмы на примере патологических азартных игроков, стоит упомянуть, что другой более утонченной (но не менее коварной) формой отрицания и всемогущего контрол-

ля над тягой к игре является действие такой защиты как *отказ* или *опровержение*.

Опровержение, нередко рассматриваемое как синоним отрицания, включает в себя аспекты вытеснения, изоляции и отрицания. Опровержение допускает вытесненное в сознание, но в негативной форме. З. Фрейд приводил пример: пациент, которому приснилась женщина, говорит: “Вы спрашиваете, кем мог бы быть человек, который мне приснился? Это *не моя мать*”. “Негативное суждение является интеллектуальным эрзацем вытеснения”, обогащающим мышление, но изолирующим его от эффекта и тем самым отрицающим его эмоциональное воздействие.

В “Критическом словаре психоанализа” Ч. Райкрофт дает следующее определение этой защиты: “Отказ (negation) — процесс, посредством которого восприятие или мысль допускаются в сознание в отрицательной форме, например, начало головной боли фиксируется мыслью: “Как хорошо, что у меня так долго не болела голова”; или тот факт, что некая фигура во сне заменяет мать, получает следующее объяснение: “Все-таки это была не моя мать”. (Суть дела здесь в следующем: мысль о том, что это могла быть мать, должна была возникнуть, чтобы затем от нее отказаться.) Не путать с отрицанием, негативизмом”.

Опровержение, отказ — это лишь завуалированная форма утверждения. Далее мы полагаем, что всякий раз, когда у пациентов возникает тяга к игре, то срабатывает защитный механизм “опровержение”, в результате которого тяга волшебным образом трансформируется в “не тягу”. Этот защитный механизм является компромиссом между осознанием тяги к игре и сильным желанием ее отрицать. Перефразируя З. Фрейда (1925), можно сказать, что утверждение: “Я рад, что у меня давно не было тяги к игре”, сделанное перед ее актуализацией, означает: “Я чувствую желание играть, но пока еще могу это отрицать”.

Пациенты активно возражают против того, что их “тяги нет” и “не тяга” — это завуалированная тяга. Обычно в этих случаях мы предлагаем им провести следующий эксперимент. Мы просим их закрыть глаза и представить: “не казино”, “не рулетку”, “не покер” и так далее. После этого мы задаем вопрос, какой первый образ возник в их сознании, когда они услышали словосочетание “не казино”. За этим неизменно следует ответ — “казино”. Тогда мы просим их представить себе “не тягу” и многие с огромным удивлением для себя обнаруживают что их “отсутствие тяги” и “не тяга” это просто тяга к игре. Для многих пациентов это подлинное откровение. Они начинают вспоминать, что происходило у них в прошлом в периоды временного воздержания от игры и понимают, что “Тяги нет” приводило их прямиком в казино к игровому срыву.

Важно отметить изменение эффекта — “не тяга” переживается пациентами как победа, как признак того, что они выздоравливают, а в более запущенных

случаях, некоторые пациенты начинают думать, что они уже выздоровели от игромании. Радикально меняется поведение пациентов — если раньше они обходили стороной игорные заведения, избегали нахождения у них крупных сумм денег, то теперь пациенты начинают намеренно приближаться к игровым залам и казино и берут с собой деньги без всякой на то необходимости.

Находясь под воздействием этого защитного механизма, пациенты начинают *сознательно и намеренно провоцировать* возникновение тяги к игре. Они нарушают добровольно взятые на себя обязательства, необходимые для выздоровления, такие как, например: ограничение денежных сумм, контактов с действующими игроками, разговоров об игре, прослушивания и просмотра рекламы игорных заведений и т.д.

Особенно явно действие защитного механизма “отказа” проявляется так: *пациент сознательно пытается вызвать у себя тягу к игре*. При этом он совершенно не отдает себе отчет, что именно само это желание “вызвать у себя тягу” и является проявлением уже возникшей тяги к игре.

Другим мотивом является желание *проверить личностный контроль над тягой*. В этом случае пациенты начинают разгуливать мимо казино и игровых залов, в которых раньше проводили дни и ночи, переживая головокружительные триумфы и столь же грандиозные поражения. Проходя мимо них, пациенты внимательно прислушиваются к себе, как бы “осматривают” себя изнутри, проверяя, не возникла ли у них тяга. Они начинают приближаться все ближе или увеличивают время нахождения в непосредственной близости от игровых заведений.

Дальше хуже, некоторые пациенты пересекают порог казино “с неигровыми целями”, такими как, например, посещение туалета, банкомата, обмена валют и т.д. Другой распространенный вариант — назначение встреч и обед в ресторане при казино, чаепитие и концерт звезд эстрады. Во время подобных визитов пациенты продолжают свою интроспекцию с целью обнаружить тягу, говоря себе, что если она появится, они сразу же уйдут из заведения. Подобные “игры” повышают их самооценку и тешат их тщеславие. Пациентам кажется, что они все контролируют и поэтому находятся в полной безопасности, ведь тяги играть у них “нет”. А раз они чувствуют что “тяги нет”, то все в порядке.

Пациенты переступают еще одну важную границу, отделяющую их от игрового срыва — они начинают наблюдать за игрой других. Причем часто, особенно вначале, они смотрят на действующих активных игроков с чувством презрения и собственного превосходства. Они видят болезнь в других, но при этом совершенно игнорируют ее в себе. Ведь они пришли в игровой зал “просто так” или “попить кофе” (как будто других мест, чтобы выпить чашечку кофе не существует). Постепенно действие, наблюдаемое ими, на-

чинаят их завораживать, они становятся уже не столь “нейтральными”, они начинают эмоционально включаться — например, “болеть” за одного из игроков, просчитывать вероятность и размер выигрыша, мечтать и т.д. При этом по-прежнему у них “тяги нет”.

Появляется мысль: “Ну раз тяги нет, то почему бы и не сыграть”? Эта мысль кажется вполне логичной и обоснованной. Игрок начинает рассуждать сам с собой. Он вспоминает, что именно из-за неконтролируемой тяги к игре он не мог остановиться, когда был в “плюсе”. Он сам давал себе обязательства закончить игру к такому-то времени или уйти из зала, когда выиграет заранее определенную сумму денег. Но именно тяга продолжать играть обычно сводила на нет все его планы и в целом здравые расчеты. Он продолжал играть, хотя надо было встать и уйти. Он не слушал других игроков, говорящих ему — “не будь дураком, бери деньги и уходи”. Он игнорировал даже слова переживавших за него работников игрового зала. Тяга к игре руководила им, она привела его в казино, она же и не давала ему закончить игру. Но теперь, как думает пациент, совсем другое дело — ведь тяги играть у него нет! Он пришел сюда в здравом уме и трезвой памяти, его не трясло на физическом уровне от предвкушения игры и более того — он вообще играть не хочет. Все происходящее ему безразлично, поэтому почему бы, не сделать ставку? Логика кажется железной.

Так происходит игровой срыв. Согласно самоотчетам наших пациентов дальнейшие события укладываются в определенную схему. Мы приведем три типичных сценария.

Согласно первому, пациент “приходит в себя” через несколько минут после начала игры. Он осознает, что он только что сделал, и сталкивается с массой самых разнообразных чувств относительно себя и своего поступка. Сила и диапазон этих чувств простирается от незначительных до крайне сильных, от тревоги, беспокойства и сожаления до токсического стыда, презрения и ненависти к себе. Иногда пациенты сообщали нам, что, начав играть и осознав, что они сделали, они буквально как ошпаренные выбегали из казино.

Согласно второму сценарию, пациент играет, не испытывая (как ему кажется) особых чувств, и затем покидает игровой зал. Незначительное, смутное беспокойство и чувство вины пациент подавляет, говоря себе, что особой тяги играть даже во время игры у него не возникло (не то, что раньше!) и что, в общем, все хорошо. Соответственно, рассуждая сам с собой, пациент говорит себе — почему бы и в следующий раз не прийти и не сыграть? Ведь ничего страшного не произошло... и т.д.

Такие пациенты, окрыленные “собственным успехом”, постепенно, но верно возвращаются к прежнему образу жизни. Причем воспоминание об игре “без тяги” становится для них своеобразным фетишем, пациенты начинают “эксплуатировать исключения” и

убеждают себя в том, что игра без потери контроля над собой возможна, надо только “тренировать волю и осознанность”, совершенствовать навыки самоконтроля и т.д.

Согласно третьему сценарию, пациент, начав играть, внезапно, остро *осознает, как сильно он хочет, и хотел играть*. В нем просыпаются все его подавленные и запрещенные им самим чувства. Он быстро входит в игровой раж и играет отчаянно, по крупному, как будто в последний раз в жизни. Проиграв или выиграв — без разницы, он не может остановиться и бежит за деньгами, дабы отыграться или в другой игровой клуб, чтобы продолжить играть. Он чувствует, как глубоко несчастен он был, когда не играл и сейчас, играя, он переживает забвение всей своей боли, пустоты и кошмара. А главное, он переживает в игре такое глубокое ощущение своей *целостности*, о котором он мог только мечтать. Он понимает всей своей глубиной, что азартная игра — это то, что делает его счастливым, полноценным и целостным. В глубине души он решает, что будет играть до конца, до последнего, без игры его жизнь не стоит того, чтобы жить.

“Слабая тяга” — термин пациентов, которые актуально переживая тягу к игре и уже не могут отрицать факт ее наличия. Понятие “слабая” является количественным, он отражает, как пациенты воспринимают актуализацию тяги с точки зрения наличия произвольного контроля над ней.

“Слабая (маленькая) тяга” — это та тяга, которую пациент, как он думает, вполне контролирует.

Пациенты говорят, что им есть с чем сравнивать. “Сильная тяга” — это, во-первых, тяга, которая носит доминирующий характер, а во-вторых, длительная по времени. Пациенты склонны считать кратковременно возникшую у них сильную тягу — слабой. В этом случае речь идет о таком психологическом защитном механизме как минимизация.

Согласно определению: “Минимизация (minimization) — совладание путем неосознанного преуменьшения тревожащего аспекта ситуации или объекта. Минимизация действует по механизму смещения, отдаляя угрожающие элементы действительности. В речи находит отражение закономерность, согласно которой удаленные предметы выглядят мелкими. Проявляется словами “немного”, “чуть” и уменьшительными суффиксами имен существительных”.

Параллельно с минимизацией тяги пациенты начинают воспринимать себя обладающими достаточной личной силой и способными волевым усилием без посторонней помощи победить тягу к игре. Подобно тому, как пациенты минимизируют силу осознаваемой тяги к игре и степени ее влияния на свою жизнь и поведение, они также преуменьшают степень опасности влечения. Им кажется, что несмотря на тягу к игре, они не сорвутся, и их воздержанию от азартных игр ничего не угрожает. Более того, они

склонны считать свои “победы над тягой”, возникновение которой в большинстве случаев сами же и спровоцировали, как огромное достижение и прогресс в терапии.

Пациенты придумывают своей тяге уменьшительные-ласкательные и эхолалические имена, называя патологическое влечение к игре: “тягой-шнягой”, “тягушкой”, “жабочкой” и т.д. Таким образом, потенциально опасное превращается в инфантильно-комичное.

Пациенты, воздерживающиеся от участия в азартных играх отмечают, что им в их обычной жизни не хватает чего-то глубинного. Испытывая дефицит впечатлений и голод по стимулу, некоторые из них пытаются организовать их себе, впутываясь во всевозможные авантюры (обычно финансовые) и вступая в сомнительные сексуальные связи. Повседневная жизнь пациентов, прекративших играть, порой выглядит весьма хаотично. Испытывая голод и тоску по стимулу, пациенты начинают делать то, что сами они определяют как — “гонять тягу”, то есть активно вызывать в своей памяти прошлые эпизоды игровых эксцессов и загулов, смаковать их, фантазировать и пытаться спровоцировать других на разговоры об игре. Отдельные пациенты даже пытаются искусить других сыграть в азартные игры, часто не давая себе в этом отчет. При этом они, продолжая считать и воспринимать свою тягу к игре как “слабую”, полагают, что не переходят границу дозволенного.

“Трясет от тяги” — также термин пациентов, переживающих пик патологического влечения к игре. Патологическое влечение к игре проявляется у пациентов на идеаторном, аффективном, вегетативном и поведенческом уровне и может быть замечено окружающими игрока людьми. Говоря другим языком, патологическое влечение к игре тождественно импульсивному влечению. Импульсивное влечение в момент его актуализации и реализации переживается пациентами Эго-синтонно и приносит удовольствие, удовлетворение и разрядку, но при воспоминании о нем оно Эго-дистонно и часто сопровождается “раскаянием”, но всегда только задним числом.

Влечение очевидно для самого пациента, попытки отвлечься, как-то взять себя в руки или тем или иным способом совладать со своим состоянием, как правило, ни к чему не приводят. Если тяга играть “застигла” пациента в неудобное время, когда влечение невозможно реализовать (например, во время рабочего дня), то пациенты пытаются организовать свое время так, чтобы побыстрее оказаться в игорном заведении. Пациенты пребывают в состоянии психомоторного и эмоционального возбуждения. Они многословны, раздражительны, невнимательны, не могут усидеть на месте и отмечают ощущения внутренней дрожи. У них отмечается дефицит внимания и невозможность сосредоточиться на работе, учебе или какой-либо другой продуктивной деятельности. Пациенты как бы периодически “выпадают” из реальности на фоне по-

вышенного, экспансивного или раздражительного (в зависимости от ситуации) настроения. В некоторых случаях можно также говорить о сужении сознания. Способность воспринимать себя и свои мотивы, потребности, риски, прогнозировать и адекватно оценивать свои действия заметно снижается. Раздражение легко возникает, если дела идут не так, как пациент задумал. Если тяга к игре активизировалась в вечернее время, когда пациент уже пришел домой, то он уже не в состоянии заснуть.

Пациенты высоко мотивированы преодолевать препятствия, мешающие им оказаться в игровом заведении. Обычно они лживы и на ходу придумывают самые невероятные, но достаточно убедительные истории, для того, чтобы раздобыть деньги и выкроить свободное время для игры. Пациенты активно стремятся выйти из-под контроля начальства или близких (особенно, если такой активный контроль есть). Они отмечают что их “потрясывает” на физическом уровне, голос “садится”, отмечается сухость во рту, тахикардия, трепет кистей рук, неусидчивость, возбуждение и беспокойство. Некоторые пациенты, взглянув на себя в зеркало, отмечают лихорадочный блеск глаз и мидриаз. Часто эти изменения умонастроения, аффекта и поведения бросаются в глаза окружающим людям. Некоторые из них задают вопросы, касающиеся состояния пациента, на что неизменно следует ответ, что с ними, дескать, все в порядке.

Находясь на пике патологического влечения к игре, пациенты, активно преодолев сложности, устремляются в игорное заведение. Часто с ними случаются два характерных казуса.

Казус первый заключается в том, что они оказываются не в том заведении, в котором первоначально планировали оказаться. У каждого игрока в голове есть список “хороших” и “плохих” игорных заведений. Представление о “хорошести” и “плохости” заведений весьма лично специфичны, зачастую иррациональны и с трудом поддаются идентификации. Определенно они не всегда обусловлены частотой или суммой выигрыша и проигрыша игрока в данном конкретном заведении. Многие игроки говорят что-то мало определенное об “особом духе заведения”, “об особой атмосфере”, “особом внимательном и чутком отношении персонала” и т.д. Можно сказать так — “хорошее заведение” легче всего порождает в игроке иллюзию иного мира, волшебной, сказочной страны, места, где царит вечная весна, и все желания исполняются. Казино — это современный постоянно функционирующий карнавал.

Карнавал, по мнению М. М. Бахтина — это система обрядово-зрелищных и жанровых форм, а также носитель весьма глубокой жизненной философии, основными чертами которой он считал универсальность, амбивалентность, неофициальность, утопизм и бесстрашие. Игрок в казино не просто пассивный наблюдатель — он активный участник и главный герой

тщательно организованного действия. Казино это место, где происходит “мягкое” отклонение от социальных норм и ниспровержение бинарных оппозиций между рациональностью и иррациональностью, наслаждением и долгом, контролем и страстью, экономией и расточительством. М. М. Бахтин писал: “...на карнавальной площади в условиях временного упразднения всех иерархических различий и барьеров между людьми и отмены некоторых норм и запретов обычной, то есть внекарнавальной жизни создается особый идеально-реальный тип общения между людьми, невозможный в обычной жизни. Это вольный фамильярно-площадной контакт между людьми, не знающий никаких дистанций между ними”.

Атмосфера казино сама по себе способствует регрессии, причем эта регрессия происходит, по крайней мере, на двух уровнях:

1. Регрессия к более раннему архаическому способу психического функционирования (фантазии всемогущества, магическое мышление) и основной деятельности (имеется в виду последовательность: игра — учеба — работа).

2. Регрессия к ранним объектам любви и восприятия себя как объекта желания Другого (“Любимец Фортуны”, “Баловень Судьбы”, “Везунчик” и т.д.).

Наши пациенты сообщали нам что, стоило им только переступить порог игорного дома, и они буквально проваливались в Зазеркалье Алисы. Яркие сверкающие огни вывески для игрока — ворота в другой мир, в котором посетитель с головокружительной легкостью расстается со старым социальным образом себя (муж, жена, бухгалтера, предпринимателя и т.д.) и погружается в водоворот страстей, денег, соревнования, азарта, приобретений и потерь. В новую идентичность — идентичность азартного игрока.

Итак, проблема тут в том, что, находясь под воздействием сильной тяги к игре, игрок оказывается не в том игровом заведении, где он планировал оказаться, а в том, которое оказалось у него на пути. Территориальная близость решает все. Точнее она валентна, она определяет выбор за пациента. На практике это выглядит так: встретившись взглядом с манящей красочной рекламой заведения, игрок говорит себе: “Заскачу сюда ненадолго”. Войдя и начав играть, он уже не может уйти. Ведь уйти — значит прервать игру. Если игрок выигрывает, то испытывает чувство подъема и воодушевления и не останавливается, так как хочет выиграть еще больше. А если проигрывает, то испытывает чувство досады и злости и хочет, несмотря ни на что, “вернуть свои деньги”, то есть “отыграться”. В результате проиграв (а для патологического азартного игрока это более вероятный сценарий), он испытывает двойную досаду: во-первых, за то, что проиграл, а во-вторых, — что не попал в то “хорошее” место, где думал оказаться.

Казус номер два заключается в том, что пациент оказывается в игровом заведении раньше запланиро-

ванного времени. В этом случае обычно речь идет о том, что пациент планирует попасть на систематически организованные некоторыми игровыми заведениями розыгрыши крупных сумм денег или ценных призов. Часто пациент “откладывает” свою тягу на некоторое время, ожидая розыгрыша, как обычные посетители магазина ждут распродажи.

“Розыгрыш” — для игрока символ хорошей игры, а ради хорошей игры можно чуть-чуть потерпеть. С одной стороны режим работы казино так устроен, что в него нельзя “опоздать”. Оно открыто круглосуточно семь дней в неделю без перерывов на обед. Но на розыгрыш опоздать можно. Чем ближе приближается время розыгрыша, на котором пациент, несмотря ни на что решил быть, тем в более взвинченное состояние он приходит. Часто за сутки до розыгрыша пациент имеет трудности с отходом ко сну, не может заснуть, ворочается, часто встает курить, спит поверхность, ему снятся сны с игровой тематикой. В день розыгрыша пациент не может продуктивно работать, у него все валится из рук, голова не соображает. Игрок часто смотрит на часы и пытается поскорее убить время, которое в этот день идет предательски медленно. Часто не выдерживая и откладывая на потом незавершенные дела, пациент идет в игровое заведение. Хотя слово “идет” не самое подходящее в этом случае. Правильнее было бы сказать, что пациент бежит или даже “летит” в казино. Если он едет на такси, то буквально не может усидеть в кресле. Если сам за рулем, то ведет машину агрессивно, на максимально возможной скорости, нарушая правила и подвергая себя и окружающих опасности. Пациенты часто оказываются в игровом заведении за несколько часов до долгожданного розыгрыша. Если за пределами заведения они убеждали себя что подождут, пока все начнется, поужинают, попьют кофе, выпурут сигарету, походят, посмотрят на публику и т.д., то оказавшись в казино, игрок обнаруживает, что есть он уже не хочет, и более того один вид еды вызывает у него чувство тошноты. А возбуждение от предвкушения игры столь велико, что он не в состоянии ждать и сидеть на месте.

Обычно такие игроки, не дождавшись розыгрыша, начинают играть, и все происходит по уже знакомому сценарию. Как нам сообщали некоторые наши пациенты, их возбуждение нарастало по мере приближения к казино. Их начинало “трясти” на физическом уровне уже по дороге. Войдя в заведение, они забывали о розыгрыше, призах, выступлениях артистов и т.д. Только начав играть, наши пациенты успокаивались, у них возникало чувство, что с ними все в порядке, и наконец-то они пришли домой. В результате все заканчивается как обычно — злость за проигрыш плюс чувство досады, что упустил долгожданный “розыгрыш”. Один наш пациент семь раз подряд у屁股ал таким образом свое участие в розыгрыше, всякий

раз кляня себя и давая слово, что в следующий раз все будет по другому.

В более широком смысле под словом “ролыгрыш” следует понимать любую запланированную заранее пациентом азартную игру. Обычно это планирование заблаговременно предшествует ситуации получения денег. Пациент, хорошо представляя себе, когда у него будет зарплата, автоматически планирует игру. Он ведет в голове хитрый расчет, деля общую сумму на разные доли. Например, одну часть нужно принести домой, другую часть отдать кредиторам, а еще одну можно оставить на игру. Часто, осознавая свою ненадежность, пациенты, получив заработную плату, прячут и распихивают деньги по разным карманам. Оказавшись в игровом заведении после получки, они, начиная играть, берут деньги из “игрового” кармана. Дальнейшие события легко предсказуемы. Проигравая, пациенты постепенно начинают финансировать игру из денег, отложенных ими же на другие нужды, всякий раз убеждая себя, что сейчас, еще немного, и они все вернут. Так у них образуются просрочки по кредитам, долги и отсутствие денег для содержания семьи.

Согласно нашей точке зрения, синдром патологического влечения на примере патологического влечения к азартным играм является динамическим и стадийным. Оно состоит из следующих стадий:

➤ Отрицание самого влечения, отрицание чувства беспокойства по поводу влечения и отрицание наличия идентичности (части себя “Я — игрок”), стоящей за влечением. По нашему мнению, это первое звено в этой цепи.

➤ Вторым звеном является вытеснение влечения — то есть, перевод его в подсознательное недоступное субъективному опыту рефлексии и анализа. Но при этом, вытесненное влечение может шумно заявлять о себе в феноменах “возвращения вытесненного”: в сновидении пациентов, их оговорках и ошибочных действиях.

➤ Третьим звеном является появление влечения к игре в отрицательной форме как “не тяги” или “тяги нет”. Это звено является компромиссом между осознанием тяги к игре и сильным желанием ее отрицать и сопровождается изменением аффекта — “тяги нет” переживается пациентами как победа над тягой и игроманией, а не как потенциально опасное проявление актуальной активизации патологического влечения.

➤ Четвертым звеном патологического влечения к азартным играм является минимизация и преуменьшение пациентами факта и силы влечения к игре, продолжительности и степени опасности этого влечения для них.

➤ Пятым звеном является собственно актуализация патологического влечения к игре как всецело охватывающего и овладевающего пациентом. Патологическое влечение проявляется на идеаторном, аффективном, вегетативном и наиболее ярко на пове-

денческом уровне. Влечение становится очевидным не только для самого игрока, но и в ряде случаев для окружающих. Импульсивное влечение в момент его актуализации и реализации переживается пациентами Эго-синтонно и приносит удовольствие, удовлетворение и разрядку. Не сопровождается борьбой мотивов и, более того, является для пациентов желанным и глубинно личностно опосредовано. Данное описание полностью соответствует картине импульсивного влечения.

В отечественной и зарубежной психиатрической и наркологической литературе на протяжении нескольких десятилетий идет полемика по поводу описания, классификации и оценки данного феномена.

На примере химической зависимости И. Н. Пятницкая (1994) выделяет обсессивное (психическое) и компульсивное (физическое) влечение.

“Психическое влечение выражается в постоянных мыслях о наркотике, подъеме настроения в предвкушении приема, подавленности, неудовлетворенности в отсутствии наркотика. Часто влечение сопровождается борьбой мотивов. В сочетании с навязчивостью мыслей о наркотике это дает основание называть психическое влечение обсессивным... в духовном мире наркомана возникла аффективно насыщенная привязанность, кататимно исказившая мышление и снизившая субъективную ценность прежних интересов. Обсессивное влечение перестраивает психическую жизнь больного и межличностные его отношения, меняет социальную ориентацию личности. Факторы внешней ситуации начинают оцениваться с точки зрения их способствующих или препятствующих наркотизации возможностей”.

“Компульсивное влечение не только определяет умонастроение и аффективный фон; оно диктует поведение, подавляет и устраниет противоречащие мотивы и контроль. Компульсивное влечение определяет поступки больных, мотивацию их действий”.

И. Н. Пятницкая выделяет три вида компульсивного влечения:

1. Возникающее вне интоксикации;
2. Входящее в структуру абстинентного синдрома;
3. Возникающее при интоксикации.

Подобная классификация, несмотря на популярность среди отечественных наркологов, подвергается заслуженной критике. В частности, Погосов А. В. и Мустафетова П. К. (1998), Чирко В. В. (2002) совершенно верно утверждают, что приводимое И. Н. Пятницкой определение обсессии и компульсии больше соответствует описанию сверхценного аффекта или даже паранойального бреда, а не обсессивного состояния. Действительно, определение, данное И. Н. Пятницкой, входит в противоречие с традиционным пониманием обсессии и компульсии. Но вышеуказанные авторы, описывая первичное патологическое влечение как феномен, относящийся к психотическому регистру, также неправы.

Обсессии — это рекуррентные и стойкие идеи, мысли, образы, побуждения, которые переживаются субъектом как навязчивые и бессмысленные. Подобные мысли являются источником тревоги и дистресса, они приводят к нарушению личностной, социальной и/или ролевой деятельности. Пациент предпринимает повторные попытки избавления от подобных абсурдных мыслей, пытаясь их подавлять, игнорировать и избегать. Пациенты отдают себе отчет, что подобные навязчивые мысли являются продуктом их собственного мозга, а не транслированы извне. Только абсурдные Эго-дистонные мысли, возникающие помимо воли индивидуума, можно определить как обсессивные.

Компульсии являются реакцией на обсессии. Они направлены на предотвращение и/илинейтрализацию тревоги, дистресса и/или воображаемого катастрофического события. Компульсии являются целенаправленными, повторяющимися и преднамеренными действиями, производимыми по определенному шаблону, стереотипу. Пациент отдает себе отчет, что подобные действия являются необоснованными и чрезмерным. Для компульсий характерно постоянное, устойчивое желание реализовывать бессмысленные действия. Реализация компульсии является “защитной”, она снижает тревогу, но не приносит удовольствия и удовлетворения.

Импульсивное влечение в поведении проявляется “прорывом импульса” и стремлением к удовлетворению инстинктивных нужд. Можно говорить, что импульсивное расстройство — это расстройство регуляции психического напряжения. Пациенты ощущают возбуждение в начале, удовольствие и эйфорию во время совершения действия и вину после его реализации. *Импульс в момент реализации переживается Эго-сintonно и приносит удовлетворение и разрядку, но Эго-дистонен при воспоминании о нем и часто сопровождается “раскаянием”*. Импульсивное влечение к объекту аддикции не переживается как компульсия, оно не чуждо Эго, и оно не является бессмысленным или идиосинкразическим.

Ото Фенихель в своем фундаментальном труде “Психоаналитическая теория неврозов” (1945) описывает различие компульсивных переживаний от импульсивных побуждений так: “Компульсивный невротик чувствует себя вынужденным делать нечто ему *неприятное*, то есть действует вопреки собственным желаниям. Первый находится во власти *нездоровых пристрастий* и не может противостоять им даже с помощью волевых усилий. Чувство вины порой противодействует пагубным побуждениям, но в момент возбуждения пристрастие испытывается как синтонное эго и желание осуществляется в надежде получить удовольствие. Рассматриваемые побуждения, в отличие от компульсивных, имеют “инстинктивный” характер. Они переживаются тем же об-

разом, как обычные инстинктивные побуждения переживаются нормальными людьми”.

Патологическое влечение отличается от обычных, нормальных импульсивных влечений особым ощущением непреодолимости и невозможности отложить его.

О. Фенихель описывает аддикцию как разновидность импульсивного невроза. “В основе нарушения влечений при наркомании лежат те же факторы, что и при других импульсивных неврозах. Наркоманы — наиболее яркие представители импульсивного типа... это те, кто склонен реагировать специфически на воздействие алкоголя, морфина и других наркотических средств, а именно, пытается использовать их воздействие в удовлетворении архаического орального влечения, которое одновременно сексуальное вожделение, потребность в безопасности и потребность в поддержании самоуважения. Таким образом, происхождение и природа наркомании определяются не химическим эффектом препарата, а психологической структурой пациента”.

Импульсивное влечение Эго-сintonно и глубоко личностно опосредованно. Импульсивное влечение стоит по ту сторону интеллектуальной переработки, в момент “прорыва импульса” не подлежит сомнению и свободно от критики. У некоторых пациентов инстинктивное влечение к азартной игре очень быстро занимает все большее место в их психической жизни. Желание, несмотря ни на что “отыграться”, перестраивает всю психическую жизнь и все объектные отношения. Периоды Эго-дистонных сожалений сокращаются и нивелируются, критичность становится все более формальной и внешней. Все силы пациентов мобилизуются на обслуживание страсти к игре, что проявляется в высоко мотивированном, активном устраниении всех препятствий и целеустремленности.

Использование термина “компульсивное влечение” и “обсессивное влечение”, широко распространенное в отечественной наркологической и психиатрической литературе, мы полагаем неуместным и терминологически неправильным. Верным было бы, по нашему мнению, вернуться к обозначению патологического влечения как импульсивного влечения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бахтин В. В. Творчество Франсуа Рабле и народная культура средневековья и Ренессанса М.: Худож. лит. 1990.
2. Кляйн М. Зависть и благодарность: Исследование бессознательных источников. — СПб. Б.С.К., 1998.
3. Лапланн, Понталис Ж.-Б. “Словарь по психоанализу” / Пер. с фр. и предисл. Н. С. Автономовой, 623 с. 22 см., М. Высшая школа 1996.
4. Погосов А. В., Мустафетова П. К. Опийные наркомании: история учения, этнокультуральные аспекты, клиника, лечение. — М.: Белые аллы, 1998.
5. “Психология и лечение зависимого поведения”. Под редакцией С. Даунига — М.: Издательская фирма “Класс”, 2000.
6. Психоаналитические термины и понятия: Словарь / Под ред. Борнесса Э. Мура и Бернарда Д. Файна / Перев., с англ.

- А. М. Боковикова, И. Б. Гриншпуна, А. Фильца. — М.: Независимая фирма “Класс”, 2000. — 304 с.
7. Пятницкая И. Н. Наркомания. М., 1994. — 541 с.
8. Райкрофт Ч. Критический словарь психоанализа Пер. с англ. СПб. Восточно-Европейский Институт Психоанализа 1995 г. 288 с.
9. Фенихель О. “Психоаналитическая терапия неврозов”. — М.: Академический проект, 2004.
10. Хиншелвуд Р. Словарь кляйнианского психоанализа / Пер. с англ. — М.: “Когнито-Центр”, 2007. — 566 с.
11. Чирко В. В. Алкогольная и наркотическая зависимость у больных эндогенными психозами. — М., “Медпрактика-М”, 2002. 167 с.
12. Психоаналитические концепции наркотической зависимости: Тексты / Сост. и науч. ред. С. Ф. Сироткин. Ижевск: Издательский дом “Удмуртский университет”, 2004. 474 с.
13. Ясперс К. “Феноменологическое направление исследования психопатологии”. Собр. соч. по психопатологии, т. 1. М.-СПб, 1996.
14. American Psychiatric Association (1994) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4th edn) (DSM-IV). Washington, DC: APA.
15. Freud S. Negation (1925) // The Freud Reader / Ed. P. Gay. N.Y., L., 1989.
16. Rapaport D. The structure of psychoanalytic theory. A systematizing attempt (1960) Psychological Issues, Monograph 6. New York: International Universities Press.
17. Rapaport D., Gill M. M. The points of view and assumptions of metapsychology (1959) International J. Psycho-Analysis, 40: 153 – 162.
18. Winnicott D. W. Manic defense (1935) // Winnicott D. W. Through Paediatrics to Psycho-Analysis. Collected Papers. London, Karnac Books, 1992.

**16 КОНГРЕСС
МЕЖДУНАРОДНОГО ОБЩЕСТВА
ПСИХОТЕРАПЕТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ШИЗОФРЕНИИИ
И ДРУГИХ ПСИХОЗОВ**

ДИФФЕРЕНЦИАЦИЯ, ИНТЕГРАЦИЯ И РАЗВИТИЕ

15 – 19 июня 2009 г., Копенгаген

es@regionsjaelland.dk; www. ISPS2009.ics.dk

КЛИНИЧЕСКИЕ РАЗБОРЫ

Параноидная шизофрения или...?

**Семинар ведет А. Ю. Магалиф (16 октября 2008 г.),
врач-докладчик В. Ю. Кузнецова**

Уважаемые коллеги, вашему вниманию представляется больная М. 1947 года рождения. Поступила в больницу № 3 им. В. А. Гиляровского 16 сентября 2008 г. впервые. Больная доставлена из Раменского психоневрологического диспансера, где находилась с 14 по 16 сентября 2008 года.

Анамнез. Двоюродная сестра больной страдает психическим заболеванием. Мать была главным бухгалтером на заводе, умерла в 1996 году от инсульта в возрасте 74 лет. Отец — рабочий, умер в 1993 году от инсульта в возрасте 72 лет.

Наша больная родилась в Московской области первой из троих детей, есть еще два младших брата. Родила и развивалась соответственно возрасту. Посещала детские дошкольные учреждения. В школе с 7 лет, училась хорошо. В детском возрасте перенесла детские инфекции, простудные заболевания. Месячные с 13 лет обильные и болезненные, регулярные. В поселке, где жила, закончила 8 классов и затем уехала в Москву к тете, и там закончила 9-й класс, а 10-й класс заканчивала в вечерней школе. Работала на стройке маляром. После окончания школы поступила в Московский строительный институт, проучилась полтора года. В возрасте 19 лет стала жить гражданским браком с мужчиной старше себя и учебу бросила. Официально зарегистрировали брак после рождения дочери в 1969 году. В 1974 году родился сын. После этого поступила в строительный техникум и закончила его в 1977 году по специальности техник-строитель. Много лет отработала в "Оргтехстрое" по специальности. В 1994 году уволилась с работы по собственному желанию из-за маленькой зарплаты. Торговала вещами на рынке, затем около года работала в собесе. Окончила курсы бухгалтеров. С 2003 года работала бухгалтером в стоматологической клинике, уволилась весной 2008 года. На пенсии с 55 лет. За всю жизнь серьезными соматическими болезнями не болела. Менопауза с 50 лет, без особенностей.

По словам дочери, характер у больной всегда был сложным. В молодости она была неуверенная, считала, что окружающие косо на нее смотрят. Возвращаясь с работы, часто кричала на мужа, на детей. Никогда не имела ни друзей, ни подруг, больше общалась со своими родственниками, особенно с братьями. К

мужу и детям относилась прохладно, никогда не была ласкова к детям. Всегда не любила родственников мужа и запрещала ему общаться со своими родными, настаивала, чтобы все было так, как она сказала, считала, что все делают вопреки ее мнению. Всегда была обидчива, могла не разговаривать по несколько дней. В 1984 году (больной 37 лет), купили дачу, и пребывание там стало основным занятием больной. Постоянно занималась ремонтом дома, обустройством участка. В 1993 году (46 лет) дача сгорела. Больная говорила своим родным, что все было подстроено, чтобы ограбить ее, что у соседей она видела свои вещи (занавески, рубашки и т.п.).

В 1999 году (52 года) в автомобильной катастрофе погиб сын больной. Она тяжело переживала его смерть. Виновник аварии был осужден, но больная говорила, что все на самом деле было подстроено зятем и братом мужа, чтобы было меньше наследников. С этого времени она якобы интуитивно поняла, что дочь подменили, потому, что "она стала злой, плохо к ней относится, унижает, оскорбляет ее, и что она не могла родить такого монстра".

Зимой 2008 года (61 год) больная говорила дочери о том, что она слышит, как вокруг дачи кто-то ходит и разговаривает. Говорят, что дом их снесут, что на этом месте построят бассейн для всего дачного кооператива, что по их участку пройдет железная дорога.

Психическое состояние ухудшилось с мая этого года. Больная стала вести себя неадекватно: взяла внука на дачу, но не вернулась в Москву вовремя, на звонки дочери не отвечала. Вернувшись домой, не узнала дочь, сказала ей, чтобы она ушла, т.к. "она никто и у нее неровно приkleен шрам". Утром, сказав, что отведет внука в детский сад, ушла из дома, но в сад ребенка не отвела, а ходила с ним по городу, заходила в банк по делам, в магазин. Когда старший внук пытался забрать ребенка и отвести домой, больная на улице начала кричать, что отбирают ребенка, тянула внука за руку. В результате всех забрали в милицию и после выяснения всех обстоятельств отпустили в сопровождении дочери и зятя. Больная считала, что зять все это подстроил, устроил эту игру, чтобы ее обвинили в похищении детей. Через день больная уехала на дачу. Когда дочь через 2 недели вместе с другими родными

приехала навестить больную, она пустила в дом только своего брата. Еще через 2 недели дочь вновь приехала на дачу, но больная не пустила ее, муж больной тайно вылез из окна, вместе с дочерью сходили в магазин и купили продуктов, т.к. уже нечего было есть.

В дальнейшем больная на вопросы отвечала не по существу, вела беседу с невидимым собеседником. Ночами не спала, постоянно с кем-то разговаривала, часто кричала на мужа, издевалась над ним, избивала его собачьим поводком, закрывала в комнате на целый день. Позже выяснилось, что с весны 2008 года больная слышала мужские, женские и даже детские "голоса" из-за окна, сверху, со стороны, которые постоянно задавали ей вопросы, комментировали ее поступки, иногда угрожали. Иногда "голоса" запрещали спать, "мучили, допрашивали". Однажды на даче под влиянием "голосов", которые говорили, что ей и мужу угрожает опасность, что за дверью стоят бандиты, они уничтожат их и нужно защищаться, она закрыла мужа в комнате, сказала, чтобы он лег под кровать, а сама выстрелила из охотничьего карабина в стену, в шкаф, разрядив все пять патронов. Утром больная рассказала обо всем мужу, они собрали гильзы, но на улице больная не нашла следов пребывания посторонних людей. Считала, что вокруг нее происходит какая-то игра, по всей вероятности это виртуальная связь ее с внешним миром, что за ней постоянно наблюдают, что она находится в разработке какого-то эксперимента, и с этой целью весной и летом, когда она ездила в электричке, ей незаметно делали какие-то уколы в бедро, в ягодицу, под лопатку, в результате чего она ощущала уплотнение в местах укола и ухудшение самочувствия. Потом это проходило.

На все уговоры обратиться за медицинской помощью становилась раздражительной, злобной. Родные пытались давать больной успокаивающие лекарства. В августе больная стала агрессивна к соседям, ругала их, натравила на соседку собаку. Соседка написала заявление в милицию и требовала от дочери больной принять меры. Дочь нашей пациентки обратилась в скорую психиатрическую помощь, но в осмотре и госпитализации больной было отказано. Продолжала считать, что дочь подменили, что вместо дочери есть несколько разных женщин, которые похожи внешне. У них одно и то же имя "Люда", но они отличаются ростом, размером ладони, а также размером и положением шрама на правой щеке (в возрасте 1,5 лет дочь упала и рассекла кожу на правой щеке. Образовался небольшой шрам, но в дальнейшем он совсем исчез, а у этих женщин этот шрам заметен). Самое главное — они плохо к ней относятся.

В сентябре дочь приехала на дачу, но больная вновь ее не пустила, сказав, что она не ее дочь и ей нечего здесь делать, если она не уйдет, то пожалеет об этом. Дочь перелезла через забор и пыталась попасть в дом, но он был заперт на замок. Тогда дочь вызвала милицию, скорую помощь и МЧС, чтобы вскрыть

дверь. Больная в окно увидела, что подъехали милицейские машины, и стала угрожать ружьем, кричала, что будет стрелять, если кто-то попытается проникнуть в дом. Тогда сотрудники милиции разбили окно и задержали больную. Скорой помощью она была доставлена в Раменский ПНД, а затем переведена в ПБ № 3 им. В. А. Гиляровского.

Соматический статус. Правильного телосложения, удовлетворительного питания. Кожные покровы, видимые слизистые обычной окраски. Зев спокойный. Сердечные тоны звучные, ритмичные. АД-120/80 мм.рт.ст., ЧСС — 76 в мин. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Паренхиматозные органы не увеличены. Отеков нет. Физиологические отправления в норме.

Заключение терапевта. Атеросклероз аорты. Хронический бронхит в ремиссии (по анамнезу).

Неврологический статус. Зрачки D=S. Незначительна болевая гипостезия слева. Координационные пробы выполняет с легкой интенцией. Менингеальный синдром не выражен. Поясничный лордоз сохранен.

Заключение невролога — Атеросклероз сосудов головного мозга. Хроническая цереброваскулярная недостаточность с легким парезом слева.

Эхо-ЭГ — без патологии.

ЭЭГ — умерено выраженные диффузные изменения биоэлектрической активности мозга с признаками ирритации и дисфункции корковых, диэнцефально-стволовых образований с легким акцентом справа, выраженнее по передним отведений.

Заключение окулиста — Ангиосклероз сетчатки.

Психический статус при поступлении. Сознание ясное, ориентирована правильно. В кабинет вошла спокойно, вступает в беседу. Голос приглушен, речь в обычном темпе, мимика вялая, держится напряженно, временами многозначительно улыбается. Говорит, что на сына, на нее и на мужа приходили "похоронки", и все ее имущество ей уже не принадлежит с 1999 года. Свидетельство о смерти сына особое, на нем знак о том, что это сделано в целях конспирации, на самом деле его направили на федеральную службу. Утверждает, что ей и мужу выдали особые пенсионные карточки бессрочно, хотя по документам они уже умерли. Считает, что вокруг нее идет некая игра, что над ней проводят эксперимент. Рассказала, что слышала "голоса" комментирующего, императивного, угрожающего характера. Объяснения им не дает. Временами становится злобной, гневливой, повышает голос, начинает плакать, но быстро самостоятельно успокаивается. Больная утверждает, что ее дочь подменили, что женщина, с которой она приехала в больницу, не ее дочь. Говорит, что причину госпитализации не понимает, рассказывает, что находилась на даче, прибивала доски и вдруг "понаехали много машин, и милицейских и гражданских, разбили

окно, вытащили ее из дома и увезли в больницу". Мышление аморфное. Критики нет. Дала письменное согласие на лечение в больнице.

Ведущий: *Какое было лечение?* — Она получала галоперидол в капельнице внутривенно 5 мг с циклодолом, ремирон 15 мг на ночь. — *Сколько было капельниц?* — Пять капельниц с галоперидолом. Отмечала, что "голоса" она уже не слышит. — *A при поступлении слышала?* — Трудно сказать. Она была охвачена этими переживаниями, говорила, что голоса были, но были ли в тот момент, неизвестно. Затем она получала флюанксол по 1 мг, затем по 2,5 мг 3 раза в сутки. — *A почему ремирон, это же антидепрессант?* — Аффект у нее был пониженный, она говорила, что в связи с такой ситуацией больше грусти и горечи. Еще она принимала клопиксол в таблетках 35 мг в сутки. На сегодняшний момент она получает спиридан (рисполепт) по 2 мг 3 раза в сутки. — *Это с какого времени?* — Последние 2 дня. — *A клопиксол отменен?* — Да. И еще она принимает азалептин 50 мг на ночь.

В ходе лечения состояние больной несколько улучшилось, стала спокойнее. С медперсоналом в контакт вступает по необходимости, с другими больными малообщительна. Бездействительна, большую часть времени проводит в палате, лежит или спит, изредка выходит в коридор, телевизор смотрит мало. Больная отмечает, что улучшился сон, стала хорошо спать ночью, прошли "голоса". Но бред отрицания дочери сохраняется, на свиданиях с ней не общается, все время спрашивает "зачем ты пришла, ты — никто". Ничего у нее не берет, старается быстрее уйти в палату. Вместе с тем охотно общается с мужем и старшим внуком. Говорит, что внук тоже уже знает, что рядом с ним не его мать потому, что как-то сказал: "Я все понял, бабушка".

Ведущий: *Пожалуйста, вопросы к врачу-докладчику.*

— *Какая была суточная доза галоперидола?* — Сначала 5 мг, потом 10 мг в капельнице.

— *Когда она, получается, заболела?* — Три года назад. В 1993 году, когда сгорела дача, и в 1999 году, когда погиб сын больной, возникали какие-то отрывочные бредовые идеи, но они ни ей, ни ее родным жить не мешали, и они еще как-то корректировались.

— *Почему за месяц происходили смены нейролептиков: галоперидол, клопиксол, спиридан, азалептин?* — Поскольку больная первичная, и плос возраст, пытались подобрать оптимальные препараты.

— *A флюанксол был отдельно?* — Больная поступила к нам 16 сентября и у нее был сначала флюанксол по 1 мг 3 раза, а с 22 сентября у нее начался галоперидол внутривенно. На флюанксоле динамики особой не было, она оставалась напряженной.

Психолог Д. В. Королевич. Больная была осмотрена 13 октября. Ориентирована в полном объеме, контакту доступна. Причин госпитализации пояснить

не может, говорит, что ее "увезли спонтанно: разбили окно и влезли". Жалоб активно не предъявляет. Сказала о нарушениях сна (трудно заснуть), рассеянности, склонности переживать за близких. Говорит о сложных отношениях с детьми, считает, что приходит похожая на дочь женщина и старается ее "ужалить или укусить, унизить всем". Ее ребенок не может такое делать. К обследованию относится ответственно, работает старательно.

В результате обследования выявляются нарушения внимания в виде колебаний уровня концентрации, ослабление произвольного контроля. Объем механической памяти снижен, что ведет к снижению показателя непосредственного запоминания (7, 7, 8, 8, 7) при сохранности репинисценции — 9 слов из 10. Произвольное опосредование не влияет на продуктивность мнестической деятельности (также 90%). Ассоциативные образы по смыслу адекватны, по содержанию, помимо конкретных, присутствуют абстрактные, фрагментарные, атрибутивные. Особенности графики свидетельствуют о выраженной астенизации, тревожности на сосудистом фоне с элементами "органики".

Сфера мышления характеризуется обстоятельностью, трудностями абстрагирования, снижением уровня обобщения: при доступности и использовании категориального способа решения мыслительных задач отмечаются решения, основанные на конкретно-сituационных связях. Пословицы поясняет достаточно правильно. Отмечается склонность к рассуждательству.

Эмоционально-личностная сфера характеризуется склонностью к контролю за ситуацией, к тревожным фиксациям на переживаниях за близких. По результатам проективной диагностики выявляется желание заинтересовать окружающих, используя свое обаяние и авторитет, при неуверенности, в которой не признается. Обнаруживается потребность в эмоциональном комфорте, избавлении от проблем в приятном для нее окружении, беспокойство и импульсивность вследствие неспособности самостоятельно изменить актуальную ситуацию. Отмечаются параноидные тенденции.

Таким образом, по результатам психологического обследования на первый план выступает конкретность, обстоятельность, трудности абстрагирования в мышлении, нарушения внимания, сужение объема памяти у доминантной личности, склонной к контролю за ситуацией, в состоянии декомпенсации вследствие неспособности повлиять на ход событий.

Ведущий: *Te изменения, которые Вы нашли, вообще характерны для параноидных больных?* — Это еще нельзя назвать инволюционным параноидом, но у меня было ощущение, что это первая ласточка. Не узнает дочь, по типу пресенильной деменции, как это бывает у сосудистых больных. — *У Вас в заключении звучат такие показатели, которые не характерны*

для больной шизофренией. Поэтому я и спрашиваю Вас, не нашли ли Вы у нее процессуальных расстройств мышления, опоры на слабые признаки, вычурность? — Нет, она была ровная, просто достаточно пассивная, астенизированная, послушно выполняла задания. У меня впечатление, что это скорее эпилептоидная личность. — Это очень важное замечание, потому что в анамнезе эпилептоидность у этой больной была. Интересно, что в Вашем заключении отмечены признаки легкой истероидности: больная хочет казаться лучше. И в анамнезе проявились эпилептоидность и истероидность. Отсюда жестокое отношение к родственникам, желание подавлять их своим авторитетом. — Да, совершенно верно.

БЕСЕДА С БОЛЬНОЙ

— Здравствуйте, присаживайтесь, пожалуйста. Это все доктора. Мы собирались на расширенный консилиум. Как Вы себя сейчас чувствуете? — Удовлетворительно. — Лучше, чем когда Вы поступили? — Лучше, конечно. — Что улучшилось? — Сон улучшился, спокойнее стала. — Спите Вы долго сейчас? — Да, еле встаю утром. — Во сне что-нибудь видите? — Да сны хорошие, цветные. — У Вас всю жизнь цветные сны? — Бывают черно-белые. — Приключенческие? — Нет. Когда я была маленькая, лет 7–8, мне снилась война все время. — Почему война? — У меня отец был израненный под Ленинградом. На этом фоне это как-то передалось. — Это все время обсуждалось в семье? — Дома, да. Он до 1946 года ходил весь израненный. Операции всякие делали. — Это в детстве, а когда Вы уже были взрослой? — Какие-то иллюзии снились. Что-то сбывалось, что-то не сбывалось. — Вы были фантазеркой? — Нет. — Люди читать? — Только в электричке, дома времени не было даже газету почитать. — А романы? — Только в дороге. — Вы сказали, что стали спокойнее? — Более равнодушно отношусь к окружающей меня обстановке. — Беспрокойная обстановка? — Сейчас нормально все. — А поначалу? — Поначалу такая же как и сейчас, но я воспринимала все по-другому, потому что впервые попала в такую клинику. — Как Вы воспринимали вначале эту обстановку, она Вам казалась какой-то странной? — Она мне не казалась странной, мне казалось странным, почему я сюда попала. — Вы сразу поняли, что это больница? — Да. — Больных Вы сразу же воспринимали больными? — В какой-то степени, да. — Вы их не боялись? — Нет. — У Вас было ощущение, что больные Вас как-то выделяют из своей среды? — Нет. — Вам не казалось, что они про Вас что-то говорят, на что-то намекают? — Нет. — Обстановка с самого начала Вам казалась обычной? — Да. — Вы разобрались потом, кто из больных больше болен, а кто меньше? — Конечно. У нас в палате лежит одна девочка, которая спит день и

ночь. А остальные люди больны, но не настолько. — А по каким признакам Вы замечаете, что это психически больные люди? — Это сложно определить. — Может быть, они ведут себя неадекватно? — У нас таких нет. — Если бы на Вас посмотреть со стороны, когда Вы только поступили, то тоже нельзя было бы сказать, что Вы психически больны? — Не знаю, не могу сказать. — Вы считаете, что у Вас с психикой что-то не в порядке? — Может быть было что-то такое немножко. — Давайте поговорим об этом. Что было особенного? — Когда я три ночи подряд вообще не спала. — Когда Вы не спали, что Вы делали в это время? — По хозяйству что-нибудь делала в это время. — Троє суток не спали и все время что-то делали по хозяйству? — Да. — Что, был какой-то необыкновенный подъем? — Восторженное состояние было. — Это незадолго до поступления в больницу? — Примерно месяца два было. — У Вас впервые было такое состояние? — Восторженное состояние тоже не само по себе наступило, а по ряду всяких причин. — Какие причины были для этого? — Я работала в одной организации, и мне пришлось срочно оттуда уйти, чтобы не остаться должником. Муж у меня был без присмотра некоторое время, тоже начал мне кепочку набекрень снимать. — Это когда? — Это вот накануне. — Опишите свое восторженное состояние: Вы мало спали, настроение было приподнятое? — Да. — Мысли быстро текли в голове? — Мысли кружились, действительно. — Как Вы самой себе казались: красивой, уверенной? — Не знаю. Мне надо было срочно сделать какие-то дела. Внуки не пускали ко мне, потому что у меня на даче было не доделано все. — Что Вы за это время успели сделать? — Я очень много успела сделать. — Перечислите, пожалуйста. — У меня на окнах откосы были не заштукатурены. Я их заштукатурила. — Вы делали пластиковые окна? — Да. — А Вы разве штукатур? — Я в молодости работала. — Сколько Вы окон сделали таким образом? — Пять окон. — Что еще? — Оклеила комнату, покрасила потолки, пол настилила в кухне. — Из чего? — Из плитки. — Вы это все делали на даче? — Да. — Чем Вы там отапливаетесь? — Печка обычная. — Вы топили печку? — Да. — А на участке? — Все вырастила, что собиралась, и морковь, и картофель. — Вы все это сама убирали? — Что-то не успела убрать, муж потом убирал. — И все это в одно и то же время? — В одно и тоже время. — А настроение, Вы что-то пели? — Что-то мурлыкала. — Общались с кем-нибудь? — Только с мужем, с продавцами в магазине. — А с соседями? — Я с ними не дружу, только здравствуйте и до свидания и все. — Но когда такое приподнятое настроение, хочется же с кем-то общаться? — У меня муж есть. — Но он же болен? — Он ходит, с собакой гуляет. У него такое заболевание, что ему нужно больше ходить. — А чем он болен? — У него уже 23 года стоит кардиостимулятор. — Когда это состояние прекратилось? — Его

неожиданно прекратили. — Подождите. У Вас было приподнятое настроение, но одновременно Вы считали, что вокруг ходят враги. — Я не считала. — Вы даже из ружья стреляли. — Я стреляла? Нет. Это была игра сделана под меня. Я стреляла из карабина. — Откуда у Вас карабин? — У мужа есть карабин и ружье охотничье, это на него все оформлено. — Вы когда-нибудь раньше стреляли из карабина? — Никогда. Я даже не умею заряжать его, муж заряжал. — И он согласился, что вокруг происходило что-то опасное? — Мы не могли этого понять. Ситуация была очень сложная. Это какая-то игра есть компьютерная. Вроде как разговаривают со мной люди, но вокруг никого нет. Виртуально как-то все получается. Действуют мне и на голову, и на уши. — Значит, вокруг идет какая-то виртуальная игра. Вы никого не видите? — Никого. — Слышите? — Да. — Вот как меня слышите? — Да. — Ушами? — Ушами и частично головой. — Внутри головы? — Да. — Мужские или женские голоса? — Разные. — Они Вас обсуждали? — Обсуждали. — Вот она пошла, села и т.д.? — Да. — Комментировали? — Да. — Ругались? — Нет. — Вот смотрите, у Вас было великолепное настроение, значит, и голоса должны были бы говорить: вот какая она хорошая, вот какая она замечательная? — Нет. Я такого не помню. — А что они говорили? — Они руководили тем, чтобы я начала стрелять. — Откуда они знали, что у Вас есть оружие? — Я не знаю. — Но они приказали Вам взять карабин и начать палить? — Да. Но я заряжать его не умею. Я попросила мужа зарядить его. Мы с ним спим внизу. Я его попросила: “Пойдем наверх, ты ляжешь там спать. А утром мы разберемся, что там будет. Но сначала зарядишь мне оружие, потому что в нашем доме что-то творится, я не пойму, что”. — Он Вам поверил? — Поверил. — А что еще говорили голоса, кроме того, что комментировали Ваши действия? — Один говорил: “Лезь через окно”, другой — “Я не могу, оно закрыто”. — Это они между собой переговаривались? — Да, и еще говорили что-то третьим лицам, в которых я стреляла. — Вам они прямо говорили что-то? — Да, говорили: “Вот, они уже лезут”. — Значит, они советовали что-то и Вам, и этим третьим лицам? — Да. — А они между собой спорили? — Я бы не сказала, что они спорили, там был один ведущий, который этим всем дирижировал. — Вы говорили, что внутри головы тоже были голоса. Они были такие же, какие Вы слышали ушами или другие? — Такие же. — Можете показать место в голове, где они звучали? — Нет. — Они каким-нибудь образом еще воздействовали на Вас, например, лучами, волнами? — Я этого ничего не ощущала. — Они могли действовать Вам на сердце, на другие органы? — Нет. — Они могли заставить Вас делать то, что Вы не хотели? — Вот я не хотела это делать, стрелять из карабина. — Но они Вам так четко приказывали, что Вы не могли этого не сделать? — Да. — Вы все-таки видели ка-

ких-то подозрительных людей? — Никого не видела. — Это ночью было? — Да. После того случая с карабином, я смотрела в окно и говорила: “Что Вы смотрите в мои окна? Не смотрите”. Я отвернулась переодеваться, а они говорят: “Что она переодевается, отвернулась от окна, мы все равно все видим”. — А Вы им мысленно говорили? — Всюду. Мне даже муж сказал: “Что ты разговариваешь?”. — Муж слышал эти голоса? — Нет. — Вас не удивляло то, что он их не слышит? — Нет, я даже радовалась, что он не слышит. — Но они же громко говорили? — Ну и что? — Как это, рядом с Вами человек не слышит, а Вы слышите? — Я этого не могу объяснить. — А Ваши мысли они могли узнать? — Они сны мои читали. — А мысли? Вы подумаете о чем-нибудь, а они уже знают? — Да. — Как же у Вас тогда было приподнятое настроение, если к Вам в дом кто-то лезет, и говорит, что Вам надо стрелять? — Это одна ночь такая была. — А раньше ничего не слышали, никаких подозрительных звуков? — Нет. — Вы стали их слышать после трех ночей бессонницы? — Нет. — Когда они впервые появились? — Они появились сразу, как только мы приехали на дачу, но они были не такие, не с угрозой или. — А какие? — Они говорили: “Вот она сегодня землю копает, она сейчас морковь посевет”. — Когда Вы на дачу приехали? — В начале мая. — И сколько Вы там пробыли? — Все время, пока меня сюда не привезли. — И все время были эти голоса? — Все время. — И Вы за столько времени не могли обнаружить откуда они исходят? — А их не обнаружишь. — Но Вы пытались найти, ходили, смотрели? — Смотрела. — Искали какие-нибудь приборы в доме? — Телефон у нас. Я на него посмотрю, вроде бы ничего там нет. — А голоса были одни и те же? — Да, похожие. — Они были однотипные или потом стали изменяться? — Однотипные. — И ночью они были? — Если я засыпала, они пропадали. — А когда Вы телевизор смотрели? — У нас ни телевизор, ни радио тогда не работали. — Почему? — Мне телевизор просто никогда было смотреть, я все время работала, а радио только мой муж слушал. — Я все-таки не могу понять, почему у Вас впервые за столько лет было такое приподнятое настроение, и одновременно, эти голоса, которые ничего хорошего Вам не говорили? — Пока до карабина дело не дошло, они просто комментировали, например: “Она сейчас будет красить. Мы сейчас подсмотрим как она будет красить”. — Вы так ни разу и не подумали: “Что же такое со мной твориться: никто не слышит, а я слышу”? — Я тогда это все отнесла к ненормированному сну. — А сколько раз Вы выстрелили из карабина? — Пять раз. — Во все стороны? — Вверх. — Вы как бы пугали, отгоняли их? — Мне приказывали стрелять: “Стреляй, он стоит около твоей двери”. — И Вы в дверь стреляли? — Да. — Насквозь? — Да. — А вдруг там был человек стоял? — Никто не мог там стоять. — И убили бы. — Но если они в мой дом зашли, почему они

должны ходить по моему дому? — А с какой целью они туда пришли? — Я не знаю. Может нас пришли убить. — Если бы Вы не слышали этих голосов, Вы бы подозревали, что вокруг Вашего дома кто-то ходит, заходит в дом? — Почему Вы думаете, я с соседями имела три километра “до здравствуйте”? — Почему? — Потому что я знала, что они ходят и воруют. — А что они у Вас могут украсть? — Все, что у них нет. — У Вас большая территория? — Двадцать саженок. — Это не так много. — Есть люди, которые ничего не сажают, но зато едят все, что плохо лежит. — И Вы видели следы воровства? — Да. — Что они у Вас крали? — Розы все выкопали. — Это при Вас? — Зачем? Когда я уезжала. — Вы приезжаете, а роз нету? — Нету. — Что еще крали? — Овоши, фрукты. — А Вы знаете конкретно, кто это? — Конечно знала. — Алкоголики какие-нибудь? — Нет, нормальные люди. — Но у них же тоже все это растет? — Но я же не пошла к ним воровать. — Но Вы же их не видели, откуда знаете, что это они? — Я знаю подсознательно, что они укради. — А почему не другие? — Потому что обычно далеко не ходят. Только соседи могут воровать у соседей. Они точно знают, когда нас нет дома. — Сколько лет они Вас уже обворовывают? — У нас двадцать пять лет дача, они все двадцать пять лет нас обворовывают. — Вы все это время замечали, что они у Вас крадут? — Да. Если у меня что-то плохо лежит, тут же унесут. — За все эти годы у Вас ни разу не было такого подъема настроения и активности? — Я не обращала внимание. У меня всегда хорошее настроение. — А депрессия хоть раз бывала? — Бывала, когда все надоест, тогда полежишь, поспишь. — В Вашей семье были трагедии. У Вас ведь сын погиб? — Погиб. — Вы говорили доктору, что там тоже неспроста все было? — Нам просто прислали уведомление о смерти какое-то странное, не такое, какое выдается всегда. У меня умерла свекровь и моя мама. Свидетельства о смерти выдали совершенно другие. А на него какой-то странный бланк, больше обычного в два раза. — Вы подозревали, что там замешаны родственники? — Да. — Вы до сих пор так думаете? — Да. — У Вас ведь в семье происходят какие-то странные вещи: Вы считаете, что Ваша дочь на самом деле не дочь? — Да, приходят разные женщины. — Зачем? — Не могу объяснить. — Сколько лет это продолжается? — Я только в этом году это заметила. В этом году эти женщины стали меня оскорблять, обижать. — В каком месяце Вы это заметили? — Это связано было с домом, все так скрутилось. Потому что они тогда стали меня обижать и извинения ни разу не попросили. — А дочь куда-то исчезла? — Не знаю я, что случилось. — Но ее нет? — За мальчишками ходит какая-то женщина, ухаживает. — Но это не дочь? — Это не дочь. — Удивительно! — Я все время теперь говорю, что такого монстра я не могла вырастить, каким сейчас являются эти женщины в облике моей дочери. — А

сколько их всего? — Я думаю, что четыре. — А куда делась дочь-то? — Не знаю. — Вы не знаете, где Ваша дочь, приходят какие-то женщины, и в то же время у Вас прекрасное настроение целых два месяца? — Это была физически повышенная активность, это не то состояние, которое душу греет. — А подъема, которое греет душу не было? — Нет. — И Вы не устали от работы? — Нет. — Вы такая выносливая? — Наверное. — Сколько, Вы считаете, дочери уже нет? — Это все весной произошло. — У Вас в московской квартире тоже что-нибудь странное происходит? — Я приезжала недолго, быстро что-то делала и уезжала на дачу. — Вы фактически живете на даче? — Да. — Круглый год? — Практически, да. — Сколько лет? — Лет шесть-семь. — А когда приезжали в московскую квартиру, сколько Вы там находились: день, два? — Никогда. В крайнем случае я могла переночевать там. — И там ничего подозрительного не было? — Ничего. Все странности с голосами начались именно на даче и именно весной. — А раньше такие вещи были? — Нет. Даже когда мне раньше страшные сны снились. Они были со звуком, но передать их я не могла. — А сейчас какие сны снятся? — Сейчас я очень глубоко сплю. — А когда на даче жили? — Я там тоже сны не видела. — С каким настроением Вы просыпались на даче? — С разным. — Какое настроение было? — Быстро встать, быстро все сделать, чтобы все доделать до зимы. — Например, Вы проснулись, начали что-то планировать, и в это время сразу голоса? — Комментировали то, что я делала. — Как проснулись, сразу комментировали? — Когда человек просыпается, он куда сразу идет? — В туалет. — Вот с этого все и начиналось. — И не прекращалось весь день? — И весь день комментировали, куда я пошла, что делаю, чем занимаюсь, какую краску разводила. — Правильно разводила, неправильно, правильно приклеила? — Наоборот, удивлялись, потому что я правильно все делаю. — Когда Вы приехали в больницу, все эти комментарии оставались? — Нет, все сразу пропали. — Голоса пропали, когда Вас повезли с дачи или когда Вы уже сюда приехали? — Когда сюда приехала. — А по дороге еще были? — Да. — Здесь в первую ночь еще были? — Я спала уже. — А как только проснулись, появились? — Нет, ничего не было. — И с этого момента они исчезли? — Да. — А куда они подевались? — Это что-то виртуальное, а что, я понять не могу. Наверное, лекарства подействовали. — Как лекарства могут подействовать на каких-то людей? — Они не на людей действуют, а на эти голоса, а голоса-то может быть у меня в голове были. — Так может быть это болезнь? — Я так не думаю. Есть же сейчас всякие виртуальные игры. — Кто же это все лето с Вами виртуально играл? — Вы думаете, лодырей мало, которым только бы сидеть за компьютером и нажимать на кнопочки, и терроризировать таких бабушек как я? — И они все лето с Вами так играют? — Есть такая игра, она продается даже,

“Глупость” называется. — Меня удивляет, как Вы своего мужа убедили, в том что ходят какие-то люди, крадут на участке все? — Он тоже видит, что крадут. Он всю жизнь проработал с этими людьми. — И он знает, кто из них крадет? — Да, но не пойдешь ведь и не скажешь: “Как тебе не стыдно! Зачем ты воруешь?” Взрослому человеку это ведь не скажешь. — Но Вы настолько его убедили в этом, что он даже помог Вам заряжать карабин? — А они-то не так говорили, они говорили: “Стреляй в мужа!”. И это тоже компьютерная игра. — А Вам трудно было этого не сделать? — Я ему сказала: “Лежи смирно, утром я тебе все объясню”. — Сначала они сказали стрелять в мужа... — Сначала сказали: “Стреляй в мужа”, а потом: “Они уже в дом вошли, поднимаются и идут. Стреляй в дверь”. — Когда Вам муж заряжал карабин, тогда говорили: “Стреляй в мужа”? — В этот момент ничего еще не говорили, а когда я зарядила карабин, я его взяла и встала напротив двери, а муж лежал на кровати. Я ему сказала, чтобы он не вставал ни в коем случае. — Когда они сказали: “Стреляй в мужа”, Вы не испугались? — Нет, я же знала, что никогда в него не стрельну. — А вдруг? — Зачем? Я с ним 42 года живу. — Вам не трудно было преодолеть их распоряжения? — Запросто. — Вы же все время говорили мужу, что слышите эти голоса? — Я ему не говорила, он сам говорил: “Зачем ты вслух разговариваешь?”, а я сама не знаю, зачем. — Вы скрывали от него это все? — А зачем ему знать? — Значит, Вы являетесь жертвой какой-то виртуальной игры? — Мне так кажется. — Это какие-то злоумышленники? — Я не знаю, не могу объяснить. — Но они вредители? — Если они так терзают людей, то вредители. — Сейчас у Вас все хорошо? — Нормально. — Вы же не вечно будете в больнице. Вас выпишут, Вы поедете жить на дачу. Вам не страшно туда прийти? — Сейчас уже никакого интереса нет. Уже зима наступила, кто там будет сидеть? — А они что же сидят там все время? — Я не могу этого сказать. — Но Вам не страшно туда поехать? — Нет. — А вдруг они опять начнут что-нибудь Вам говорить? — Я скажу: “Я Вас в упор не вижу и все”. Однажды можно обжечься на чем-то. На молоке обожжемся, а на воду подуем. — Какие вопросы у докторов?

— Скажите, пожалуйста, эти голоса и подмена Вашей дочери как-то связаны? — Не знаю. — Вы их не спрашивали, может быть, они и дочь Вам подменили? — У меня такого вопроса не возникало.

— А что Вы с дочерью делать будете? Вы чуть ли не хотели в нее тоже стрелять? — Нет. Я не собиралась ни в кого стрелять, только во врага. — Дочь сейчас ходит к Вам? — Они с мужем живут в нашей московской квартире, а мы с мужем живем на даче. — Вы будете выяснять с ними отношения? — Наверное, буду. — Выгонять их будете? — Как я буду их выгонять, потом ребенку два часа ездить на занятия. — А внук Ваш или его тоже подменили? — Внук мой. —

А он маму свою признает? — Я не спрашивала его. Я прихожу, быстро моюсь и ухожу. — То есть Вы с внуком это не обсуждаете? — Нет. Я его иногда спрашиваю, какая у него есть тайна, он голову опускает и молчит. — То есть он может знать, да? — Может знать. — Какая цель у этих людей, зачем они с Вами так играют? — Не знаю, наверное, есть какая-то цель. — Может, завладеть чем-то? — Да. — Квартирой? — Наверное. — Это можно назвать какой-то организацией? — Я ничего не знаю. — Но эксперимент-то поставили? — Но я никого не вижу. Что я могу сказать? — Вы изучаете, что это за голоса, думаете об этом, может быть, записываете что-нибудь? — Ничего не записываю, и даже не думаю. — Почему же Вы их не боитесь? — Не знаю, никого же нету. — А когда голоса слышатся, в это время боитесь? — Я смотрю в окно, там никого нету. Может он сидит на крыше и в бинокль на меня смотрит. — А откуда они тогда знают Ваши мысли, и свои мысли Вам передают? — Я выполняла только свои мысли. — Почему же они занимаются именно Вами? — Не знаю. Может быть, я подвержена этому больше. — Какую ценность Вы представляете? — Какую ценность может представлять женщина, которой шестьдесят лет? — А Вам нравится возиться с ними? — Я с ними не возусь. Пока они что-то говорили все лето, я делала ремонт, который мне надо было делать. — Почему они только на даче говорят? — Если бы я в Москве жила, может быть, они бы и там говорили. — И тем не менее, Вы на дачу едете? — У меня муж там живет. Если бы он там не жил, он бы не прожил 25 лет с кардиостимулятором. — В общем, эти голоса сами по себе, а вы сами по себе? — А мы сами по себе. Единственное, эти приемы с оружием, которые они применяли ко мне. Я поняла, что их надо просто отгонять: “Я вас не вижу, и до свидания!”.

— Вы же куда-то выходили в то время, например, в магазин? — Да, конечно. — Голоса слышали? — По дороге слышала. — А по дороге в Москву слышали голоса? — Нет. Я неслась членком, мне некогда было их слышать. — Получается, что можно отвлечься от голосов? — Я уже нашла такой метод. Они говорят, а я свои дела делаю. — В 1993 году сожгли дом. Это тоже как-то связано с этими обстоятельствами? — Я думаю, что это связано с чем-то другим. Я просто знала этих людей, кто это сделал. — Это люди, которые сначала выкрали вещи, затем сожгли дом? — Да, с которыми мы рядом жили. — Почему Вы на них не подали заявления в милицию? — Зачем? Я пришла в милицию. Меня спрашивают: “Вы знаете кто сжег Ваш дом?”, я говорю: “Нет, не знаю”. Надо же именно поджигателя видеть, а если я не видела, то зачем я буду на человека наговаривать. — Но Вы видели у соседей свои вещи. — Но, мало ли, может быть их по дороге грабители выбросили, а соседи подобрали. Зачем людям голову морочить.

Ведущий: Голоса говорили такие слова, которые Вам не знакомы? — *Нет.* — Они говорили только те слова, которые существуют в Вашем лексиконе? — *Да.* — Иностранные слова? — *Нет.*

— Голоса слышали больше ушами или мозгом? — *Через уши большие. В мозгу были голоса, но они как-то крутились по-другому.* — Вы отличали их? — *Это получалось в то время, когда я не хотела говорить, в это время как-то головой все получалось.* — Вы не хотели отвечать голосам извне, и тогда они появлялись внутри? — *Да.* — Виртуальная игра и подмена дочери — все одномоментно было? — *Я думаю, что игра это одномоментная вещь, а с дочерью это уже давно, просто я в заполохоном виде была.* — Вы стали осознавать, что дочь подменили тоже в мае? — *С начала этого года.* — Раньше? — *Да. Они стали меня уже обижать просто.* — Вы решили, что Вам подменили дочь, потому что дочь стала плохо к Вам относиться? — *Да.* — Это единственный критерий по которому Вы решили, что дочь не Ваша? — *Да.* — Других причин не было? — *Нет. Именно вот это отношение.* — В больнице игра с голосами прекратилась? — *Да.* — А почему? — *Не знаю. Может быть условия здесь другие, не так как у нас на даче.* — Дочь, которая на самом деле не дочь, навещает Вас? — *Она приходила два раза.*

— Вы рассказывали, что Вам выдали какие-то особенные пенсионные карточки? — *У нас с мужем бессрочные карточки, потому что на тот момент, когда выдали карточки, нам уже пришло уведомление о смерти, такое же, как сыну и стоит там 1999 год, а мы карточки получили в марте месяце 2000 года. У нас бессрочные карточки, и этот 1999 год поставили в графу, где смерть написана.* — Но Вас эти карточки насторожили? — *Почему? Я ни у кого из своих знакомых этих карточек не видела. Откуда я знаю, какие они должны быть?*

— Люди, которые подменили Вам дочь, могли организовать эту игру? — *Не могу сказать.* — Голоса про дочь Вам ничего не говорили? — *Ничего.* — И Вы не спрашивали? — *Нет.*

Ведущий: Вы хотите нас о чем-нибудь спросить? — *У меня нет никаких вопросов.* — Мы считаем, что у Вас все-таки надорвалась нервная система. Когда возникает некий срыв нервной системы, то могут возникать такие слуховые обманы. Человеку тогда очень трудно поверить в то, что на самом деле никто с ним не разговаривает. Как только Вам стали давать специальные лекарства, которые нормализовали работу мозга, пропали эти голоса. Если Вы будете и дальше принимать лекарства, то тогда, они вообще не появятся. Потому что Ваша нервная система будет нормально работать. Но лекарства нужно принимать регулярно. Будите принимать? — *Буду. Спасибо.*

ОБСУЖДЕНИЕ

Врач-докладчик. Больная стационирована в психотическом состоянии, в рамках которого после инициального субдепрессивного этапа развился бред воображения, в частности отрицательного двойника (бред Капгра). Отмечались также бредовые идеи эксперимента над ней. В целом бредовые идеи мало взаимосвязаны друг с другом, не систематизированы. Ведущее место занимал вербальный галлюциноз, в том числе комментирующего характера. Складывается картина бредового синдрома в рамках пааноидной шизофрении.

Ведущий: *Может быть, есть особенности галлюциноза?* — Особенности есть. Сочетание истинных и псевдогаллюцинаций. Еще нам показался интересным этот бред воображения. — *Уточните, пожалуйста, ведь бред воображения — острый, чувственный бред. У нее же в основном интерпретация.* — Но появилось это внезапно, неожиданно и, можно сказать, остро. Она интуитивно решила, что дочь подменили, но первично было не то, что она к ней плохо относится, а первично было, что какая-то женщина появилась, и она отличается от дочери. — *Болезненная интуиция при бреде толкования тоже может быть. Она спокойно и давно говорит, что не могла воспитать такую плохую дочь, видит какой-то не такой щрам на ее лице, считает, что она плохо к ней относится.* Это же интерпретация. Она на этом базирует свое отношение к дочери, считает, что дочь подменили. — Вообще она никогда не говорила, что дочь подменили. — *Мне кажется, это было в анамнезе, и она здесь об этом сказала.* — В общем, мы так решили. — Хорошо, спасибо.

А. В. Павличенко. Диагноз, по-моему, не вызывает сомнения: «Пааноидная шизофрения. Галлюцинаторно-пааноидный синдром». 15 лет отмечалось бредовое отношение к соседям: крадут, поджигают, воруют вещи. В экспериментально-психологическом обследовании преобладают эпилептоидные черты. Однако, в анамнезе больной я до последнего года шизофренических изменений личности не отметил. Поэтому мы бы могли говорить о картине инволюционного пааноида. Традиционный вопрос: инволюционный пааноид является отдельным заболеванием, особым функциональным расстройством позднего возраста, или он является особым вариантом пааноидной шизофрении? В данном случае две бредовые фабулы. Одна — интерпретативный бред, другая — из галлюцинаций. Мне показалось, что они идут в некотором смысле параллельно и не имеют какой-то связи. Галлюцинации носят экзогенный характер. Они прекращаются при поступлении в больницу, при поездке в Москву. Что-то общее с клинической картиной инволюционного пааноида. Они присутствуют в одном месте, а именно на даче. Поэтому мы, может быть, и не находим ни выраженных расстройств

мышления, ни других негативных расстройств. Возможно, это дебют шизофрении, вытекающий из инволюционного параноида. Как квалифицировать состояние больной при поступлении? В целом это острое галлюцинаторно — параноидное расстройство. В чем его особенность? Массивный галлюциноз, который носил преимущественно истинный комментирующий и императивный характер. Как мы знаем, комментирующий характер является очень значимым признаком шизофренического галлюциноза. Многих смущают якобы маниакальный аффект у больной. Однако она уточнила, что была только выраженная физическая активность. Больная отказалась от “восторженного настроения”, которое мы трактовали как маниакальное состояние, не укладывающееся в клиническую картину галлюцинаторно-параноидного синдрома. Императивный галлюциноз, определял ее поведение. Кроме некоторого симптома открытости мыслей, чего-то более развернутого в плане синдрома Кандинского, мы не увидели. О прогнозе. Ремиссии бреда к дочери достичь будет тяжелее, чем галлюцинаторных расстройств.

И. П. Лещинская. Я согласна с Алексеем Викторовичем, что это больная с очень длительным паранойяльным этапом. Это паранойяльная по жизни больная, которую всю жизнь якобы грабили, ущемляли. Примитивная, обстоятельная, эпилептоидная, паранойяльная личность. Но личность-то дает психотические расстройства с начала года, когда появляется интерпретативный бред, который длится несколько месяцев. Она живет в этом бреду: она не пускает дочь на дачу, быстро покидает московскую квартиру, не хочет общаться с дочерью в больнице. На фоне этого интерпретативного бреда начинается массивнейший галлюциноз. Его особенность в преобладании истинного галлюциноза над псевдогаллюцинозом. Курт Шнейдер во всей своей красе: комментирующий, императивный галлюциноз. Просто классика: симптомы первого ранга для шизофренического процесса. Интересно, что она дает современную трактовку этому галлюцинозу — виртуальная игра. Что сейчас наблюдается? По существу спонтанно купировался галлюциноз, а интерпретативный бред остался. Перед нами больная с бредом толкования. Единственно, что вызывает сомнение в том, что это абсолютно эндогенный процесс, так это то, что она благодушная. Конечно, это не был маниакальный аффект. Она по жизни работоспособная, физически активная. Может быть, это было эйфорическое состояние? Здесь нужно подумать. Во что можно уложить всю эту картину? Если это психоз как дебют деменции, значит, будут нарастать и слабоумие, и когнитивные нарушения. Мне кажется, что это поздний дебют параноидной шизофрении.

Ведущий: Но ведь первые бредовые идеи появились, когда сын погиб. — Я бы не сказала, что это бредовые идеи, это в структуре ее паранойяльной лично-

сти, паранойяльных трактовок всего. Она упорядоченная, работала финансистом. Возможно это декомпенсация ее паранойяльных особенностей. С моей точки зрения именно поэтому дебют так поздно, и нет процессуальных расстройств личности.

М. Е. Бурно. Я более сорока лет занимаюсь психиатрической психотерапией независимо от того, легкие ли это случаи, неврозоподобные, чисто пограничные или малопрогredientная неврозоподобная шизофрения. Я всегда пробовал, где психотерапевтическое вмешательство разнообразное, более-менее сложное, помогает. Наша пациентка из этого ареала психиатрических пациентов, где серьезно помогает психотерапия. Особая, конечно, психотерапия. Помогает не в том отношении, что снимает психотические расстройства, галлюцинации и бред, а помогает таким больным жить. Хочется вспомнить старый добрый клиницизм. И Александр Юрьевич говорил о том, как много было раньше известного, и какое богатство являются для нас старые клинические психиатрические книги. И в связи с этой пациенткой одну из них я вспоминаю. Это книга Эмиля Крепелина. Это лекции по введению в психиатрическую клинику. Крепелин, уходя в отставку, написал эту книгу своих лекций. Она вышла первым изданием в 1916 году в Германии, и у нас переведена в 1923 году. Она сейчас продается в переиздании. Это очень тонкие клинические описания, и там есть эти больные. Клинически вспомним эту пациентку, приглядимся к ней, как она вошла и как она села рядом с Александром Юрьевичем? Что тут клинически сразу бросается в глаза? Некоторое ее лукавство. Как будто бы она знает что-то такое, чего мы не знаем. Она ничего не боится. Она не боится голосов, не боится этих своих врагов. В душе у нее лукавство и некая приподнятость. Пусть это не восторженное состояние, но моменты торжественности наличествуют. Это клиницизм. Клиницизм не только в том, чтобы прислушиваться к тому, что говорят больные, но и видеть: как они это говорят, как они при этом ведут себя, как они смотрят, какие у них лица, каков тон голоса, ну и конечно, в том, чтобы все это обобщать: что говорит, как говорит и как себя ведет пациент. Что же это такое? Это же не называется параноидный синдром истинный в чистом виде. Это по сути дела настоящий парофренический синдром. А чем отличается парофренический синдром от параноидного в узком смысле? Парофренический синдром это бред, но бред достаточно сказочного, фантастического содержания. Если пациент примитивен, то богатство фантастики несколько оскудевает, но главное, что этот галлюцинаторно-параноидный синдром здесь существует в виде парофренического бреда с лукавой, несколько торжественной приподнятостью, когда враги не страшны. Более сложные интеллектуальные больные этих врагов изучают, и даже сами немножко преследуют, такая душевная свобода-независимость от этих врагов вместо

страхов и ужасов чисто пааноидных пациентов. Она от них защищается, конечно, по примитивному: "Я вас не вижу, значит вас нет". В этом существе паареного синдрома в отличие от синдрома пааноидного в истинном смысле. Бред преследования, но с какой-то торжественной приподнятостью, с лукавством, с каким-то особым бесстрашным отношением к своим преследователям и даже с наблюдением над ними. Хотя по причине примитивной почвы это все распадается, а может быть, она диссимулирует. Эти больные склонны к диссимуляции, и сложные интеллектуальные из них одновременно сосуществуют в двух параллельных плоскостях: психотической, и плоскости, когда они диссимулируют, притворяются здоровыми. В отношении диссимуляции. Я вспоминаю одного такого больного. Я наблюдал его в молодости в диспансере. Одновременно я работал почасовиком на кафедре психотерапии, где читал лекции по-коиной доцент Деглин. Он у меня просил привезти на лекцию пациента с пааренным синдромом. Я приехал с этим пациентом. Он поговорил с ним, и потом сказал мне: "Мы уже в течение нескольких лет сидели с ним вместе на диване в поликлинике, ожидая доктора, говорили о чем угодно, и я даже представления не имел, что у него такая интересная бредовая система". Я хочу этим подчеркнуть еще то, что эти больные очень сохранны. Если с нашей пациенткой поговорить где-нибудь в трамвае, не по психиатрически, то мы можем ничего не заметить. Эмиль Крепелин описал этих больных под названием "поздняя паарене". Указал, что это начинается около сорока или после сорока лет. Этим объясняется и сохранность. Он отделял этих больных от больных шизофренией, хотя выпустил свою лекцию в 1916 году, когда уже знали о мягкой шизофрении, которую Блейлер называл скрытая или латентная шизофрения. Крепелин согласился с Блейлером. Но, все-таки, Крепелин не считал их больными шизофренией, а считал это особой формой, такая поздняя паарене. Почему он не считал это шизофренией? Потому что в этих пациентах сохраняется нешизофреническое тепло, и нет серьезных, бро-сающихся в глаза шизофренических расстройств мышления, особенно в таком возрасте. Конечно, школа Снежневского этих больных взяла в шизофрению, но подчеркивает, что это поздняя паарене. Я сказал уже о Кандинском, тут и псевдогаллюцинации, тут и приказы, все это обычно, но все это носит фантастический характер. И эти больные не страдают, не просят помочь, они мирно живут, диссимулируя среди здоровых людей. Какая нужна психотерапия? Она выражается в психотерапевтическом ведении таких больных по жизни. Они чаще всего уже пожилые. Лекарства здесь не безобидны, хотя без лекарств не обойдешься. Психотропные препараты нужно давать очень осторожно. Эти лекарства нужно психотерапевтически окружать объяснением примерно такого порядка, что лекарства повышают сопротивляемость

души к этим воздействиям. Так вот, лекарства, это не для того, чтобы лечить ее в буквальном смысле этого слова, а для того чтобы поднимать сопротивляемость к этим голосам, чтобы эти "враги" не могли в нее пробиться. Лекарственное дело в этом случае идет лучше. И второе. В терапевтическом общении с такими больными не следует говорить им, что это все бред, это все Вам кажется, это все ошибки Вашего мозга. На них это действует плохо, особенно если это сложные интеллектуальные пациенты с иной, нежели у нашей пациентки личностной почвой. Потому что их в этом не разубедишь. Сейчас забили лекарствами психотику, она спит, а потом лекарств будет поменьше, и опять все это поднимется. Говорить с такими больными следует таким образом, что все на свете бывает, что мы допускаем, что такое может быть. И тогда пациент пускает нас в свою психотическую драму. И он нам все говорит, и не диссимулирует, и не прячется, по-моему она тут пряталась основательно. И мы имеем возможность предупреждать их социально опасные поступки, которые бывают, как с этим карабином. Тут необходимо это глубокое психотерапевтическое доверие, основанное на том, что психотерапевт-психиатр понимает, что все так может и быть. Такие больные живут до глубокой старости, если им не укоротить жизнь психотропными препаратами в больших дозах. И им психотерапевтическая помощь вместе с лекарствами в таком духе очень нужна. Спасибо.

Ведущий: Марк Евгеньевич диагностировал эту больную как больную поздней паарене в понимании Крепелина. Марк Евгеньевич подчеркнул, что Крепелин, ставя диагноз паарене, отделял это заболевание от шизофрении. То есть это заболевание, не имеющее тех базовых расстройств, которые относятся к шизофрении. Но в нашем современном клиническом представлении мы таких больных не называем больными паарене. Мы ведь в большинстве своем имеем московскую психиатрическую школу, школу Снежневского, где паарене как нозологическую форму не выделяли. В качестве отдельного синдрома она могла входить, например, в инволюционные психозы (нигилистический бред Котара). В рамках классификации шизофрении паарене рассматривается как завершающий этап пааноидной формы (бредовая паарене), как составляющая периодической или шубообразной формы и как галлюцинаторная паарене. Ведь пааренный бред — это яркий фантастический бред, часто нелепого содержания. В настоящее время мы чаще всего сталкиваемся с галлюцинаторной паарене, поскольку вербальный галлюциноз, формирующий бредовую фабулу, бывает весьма резистентным к терапии. Несмотря на большие дозы лекарств, использование методов преодоления резистентности, больной продолжает слышать, что он — сын фараона, выдающийся военачальник и прочее. Критика отсутствует, а поведение может быть полностью упорядоченным. Это

относится к терапевтическому патоморфозу болезни, когда препараты нивелируют эмоциональную реакцию больного на продуктивные расстройства. При параноидной шизофрении продолжительная фармакотерапия не дает сформироваться конечному этапу, где бредовые идеи могли бы носить устойчивый фантастический характер. То же самое мы видим и при остром приступе. Активная фармакотерапия препятствует развитию острого фантастического бреда и онейроидного помрачения сознания, как бы отсекая начальную симптоматику приступа от его завершающей фазы.

Теперь о статусе больной. Она совершенно спокойно с нами беседует, поразительно доступна. Вроде бы ничего не скрывает. Я не усмотрел у нее диссимиляции. Обо всем говорит равнодушно. Вот, якобы, исчезла дочь — никакой эмоциональной реакции. Ее окружают враги, преследуют, лезут в дом — сообщает об этом монотонно спокойно. Это, скорее всего, тоже за счет фармакотерапии. Практически нет никакой критики. Как расценить ее статус при поступлении? То, что нам сообщила доктор — это подострое бредовое расстройство. Больная была в целом спокойна, только несколько напряжена, многозначительно улыбалась. Не было выраженного психомоторного возбуждения. Все ее бредовые высказывания касались предшествующих госпитализации событий. Мне кажется, что в оценке ее статуса существенное значение придали ее словам “Идет игра”. Но она и здесь говорила о некоей виртуальной игре, похожей на компьютерную, которую с ней ведут ее преследователи, и в которой она никак не может разобраться. Ей только понятно, что все направлено против нее, что она, возможно, участвует в каком-то эксперименте. Но в том-то и дело, что никакой дальнейшей фантастической проработки нет, все как-то обыденно и примитивно. Если бы речь шла об игре в отделении, где окружающие как бы разыгрывали сцены, намекали на что-то, отмечалась бы бредовая централизация, бред интерметаморфозы, то тогда отмечались бы и эффект недоумения, выраженные эмоциональные расстройства. Т.е. бред характеризовался бы как бред воображения, особого значения, а состояние в целом как аффективно-бредовое. Вот тогда бы мог проявиться симптом положительного или отрицательного двойника. А бред подмены дочери возник у нее задолго до поступления в больницу и относится к интерпретативному бреду. И тогда выход из аффективно-бредового психоза был бы совсем иным: либо полным, с критикой, либо логическим с расслоением синдрома и преобладанием в статусе измененного аффекта. Мы этого здесь совсем не видим.

О начале и развитии болезни. Из анамнеза нам известно, что кузина больной психически больна. Характер нашей больной всегда был сложным. Неуверенность и мнительность в молодости позднее сменилась жесткостью, настойчивостью, обидчивостью,

вспыльчивостью, прохладным отношением к близким. Всегда была подозрительна к родным мужу, не разрешала ему с ними встречаться, сама никогда не имела друзей. Потом основным увлечением стала работа на даче. Там тоже жила уединенно, не общалась с соседями, 25 лет постоянно подозревала их в воровстве. Когда дача сгорела, больная не сомневалась, что ее подожгли. Подожгли те же соседи. У нее сразу же нашлись доказательства этому — вещи, которые “поджигатели” украли и спрятали у себя. Ходила жаловаться в милицию, значит, была абсолютно убеждена в своих подозрениях. Все это относится к идеям ущерба, которые могли существовать у нее много лет и вытекали из ее параноидальной личности. Можно их назвать бредовыми? Скорее всего, да, потому что и тогда и сейчас сохраняется абсолютная убежденность в этом, хотя нелепого содержания эти идеи и не носят. По настоящему бредовые идеи нелепого содержания появились позже, в 52 года, когда больная стала подозревать родственников в организации с корыстной целью гибели сына. Позднее возникла бредовая убежденность в подмене дочери. Как известно, вовлечение в бред близких родственников патогномонично для шизофрении. По структуре это был и есть первичный интерпретативный бред. Остается не совсем ясным, когда появились эти бредовые идеи. Часто во время сбора анамнеза врач сталкивается с тем, что больные сдвигают свои бредовые идеи, появившиеся недавно, в прошлое. Заявляют, что уже давно во всем разобрались, что козни начались несколько лет назад. На самом деле — это бредовая ретроспекция. Например, по анамнезу бред подмены дочери существует уже давно, однако нам она сообщила, что заметила это в этом году. Следующий этап болезни — галлюцинаторный. При этом прежний бред не только остался, но обострился и расширился по типу острого параноида — преследовали, делали в поезде уколы. Ее галлюцинации соответствовали главным критериям именно галлюцинации, а не фрагментарным галлюцинациям: массивность и неотступность. Очень интересно ее отношение к галлюцинациям. В целом, спокойное. Несколько месяцев, до обострения психоза она жила с ними так, как живут “носители голосов” — больные с хроническим галлюцинациями различной этиологии. Галлюцинации делятся у них иногда месяцами, годами, и больные прекрасно с ними сосуществуют, сохраняя упорядоченное поведение. Интересно, что содержание галлюцинаций соответствовало уровню ее интеллекта, ее лексикона. Бывают удивительные случаи, когда больной вдруг слышит галлюцинаторные слова, которые он сам никогда не употреблял, иногда они иностранные, хотя больной никогда не учил иностранный язык. Порой поражаешься, насколько галлюцинации насыщены некоторыми научными терминами, хотя больной имеет примитивное образование. Это странный и мало изученный феномен. Существовали ли в период экзоцербации психоза псевдогаллюцина-

ции? Я считаю, что нет. Ориентация только на локализацию галлюцинаций не может дать дифференциацию в диагнозе. Больная слышала в основном голоса, идущие со стороны, и частично внутри головы. Но она их принципиально не различала, не было главного критерия — отчуждения галлюцинаций, их неестественности, насилия. Она воспринимала их буквально как исходящие от реальных людей. Т.е. это не были идеаторные психические автоматизмы. До экзоцербации содержание обманов было неприятным, но почти бытовым, мало, чем отличающимся от существовавших идей ущерба. Все время комментировали ее действия, а она с ними переговаривалась. Иногда “голоса” комментировали ее сны и узнавали мысли. Это похоже на симптом открытости мыслей (классически — окружающие знают мысли), а в целом чаще бывает при эндогенной патологии. Я согласен с Алексеем Викторовичем, что галлюциноз был территориально локализован. Это часто встречается при инволюционных психозах. Когда в квартире, есть голоса, а вне квартиры все прекращается. Эта больная во время особо острого состояния, когда ее везли в машине в больницу, слышала голоса, а как только ее привезли, все прекратилось. Сейчас у нее нет галлюцинаций, нет соответственно новых бредовых фабул, т.е. галлюцинаторный, вторичный бред становится резидуальным. Постепенно весь бред или его часть потеряет актуальность, не будет существенно влиять на поведение больной (хотя критика не появится) и, так сказать, инкапсулируется (инкапсулированный бред). Это во многом будет зависеть от терапии и дальнейшего течения болезни.

Мне до конца так и не понятен эпизод, который больная назвала восторженным состоянием. По тому, что она сообщила, вроде бы была гипомания с укорочением сна, подъемом активности. В то же время не-

сколько путано больная сообщила, что и раньше у нее были подобные состояния. Однако это никак не соответствует ни анамнезу в целом, ни структуре острого галлюцинаторного психоза. 2 месяца по ее словам была повышенная активность с реально весьма продуктивной деятельностью, хорошим настроением. В таком случае содержание галлюцинаций обычно меняется, появляются слова одобрения. У нее же, наоборот, оно стало угрожающим, императивным. И в дальнейшем ни повышенного настроения, ни депрессии мы у больной не отметили.

Весьма интересно поведение мужа больной во время ее психоза. Мы знаем, что больная всегда не терпела никаких возражений, требовала от членов семьи беспрекословного подчинения. Возможно муж, избегая скандалов, не спорил с ней по поводу ее подозрений к соседям. А вполне вероятно, что мы наблюдаем тут индуцированный психоз, и муж тоже думал так же, как и она. Во всяком случае, это отчетливо проявилось во время острого состояния, когда он заражал жене карабин и не препятствовал ее стрельбе.

Таким образом, настоящий случай трудно представить иначе, как пааноидная шизофрения. Преморбид и возраст начала заболевания, длительный этап паанойального бреда и острое галлюцинаторно — бредовое состояние вполне характерны для этой формы. В последние годы усматривается явная прогредиентность ее болезни. С определенной натяжкой можно говорить об инволюционной патопластике, о чем здесь говорилось. Течение заболевания непрерывное, возможные обострения будут в виде галлюцинаторно — бредовых расстройств, их связи с существующим интерпретативным бредом. Поэтому больная нуждается в продолжительной, непрерывной психофармакотерапии с акцентом на препараты пролонгированного действия.

ПСИХИАТРИЯ И ПРАВО

Соответствие законодательства Российской Федерации, регулирующего права граждан с психическими расстройствами, Конвенции о защите прав человека и основных свобод, а также рекомендациям Комитета министров Совета Европы

Ю. Н. Аргунова

Необходимым условием эффективной защиты прав человека в Европе с помощью Конвенции о защите прав человека и основных свобод является применение Конвенции государствами в своих правовых системах так, как она понимается в практике Европейского суда по правам человека. Это предполагает, в особенности, обеспечение государствами соответствия законов и правоприменительной практики Конвенции.

В соответствии с Рекомендацией Комитета министров Совета Европы Rec (2004)5 государствам-членам по вопросу контроля за соответствием проектов законов, действующих законов и практики их применения стандартам, закрепленным Конвенцией, необходимым вкладом в дело предотвращения нарушений прав человека и сокращения числа обращений в Европейский суд является проверка соответствия действующих законов и правоприменительной практики, включая практику, выраженную в распоряжениях, приказах и инструкциях, Конвенции о защите прав человека и основных свобод.

В Рекомендации подчеркнута в этой связи важность проведения консультаций с разными компетентными и независимыми институтами, включая *неправительственные организации*.

Практика показывает, что такой контроль является особенно важным в тех областях, где имеется определенный риск нарушения прав человека. Одной из таких областей являются права граждан с психическими расстройствами, а также права тех граждан, чье психическое состояние становится предметом судебного разбирательства.

Проведенный нами анализ российского законодательства в отношении данной категории лиц свидетельствует о его неполном соответствии общепризнанным принципам и нормам международного права, закрепленным Конвенцией о защите прав человека и основных свобод (далее — Конвенция) и рядом актов Совета Европы.

В наибольшей степени это относится к институту недееспособности: порядку признания гражданина

недееспособным; установлению опеки¹; правовому статусу недееспособного лица; порядку восстановления дееспособности гражданина.

РАЗДЕЛ 1. ПРИЗНАНИЕ ГРАЖДАНИНА НЕДЕЕСПОСОБНЫМ

Глава 31 *Гражданского процессуального кодекса Российской Федерации* (далее — ГПК РФ) предусматривает фактически две стадии рассмотрения дела о признании гражданина недееспособным.

Согласно ст. 283 ГПК РФ судья в порядке подготовки к судебному разбирательству дела при наличии достаточных данных о психическом расстройстве гражданина назначает судебно-психиатрическую экспертизу (далее — СПЭ), а при уклонении гражданина от ее прохождения суд с участием прокурора и психиатра может вынести определение о принудительном направлении гражданина на СПЭ. При этом орган, который должен исполнять подобное определение суда, а также порядок принудительной доставки лица в психиатрическое учреждение и его удержание там в ГПК РФ не определен.

Таким образом на подготовительной стадии процесса участие самого гражданина, в отношении которого возбуждено дело о признании его недееспособным, *обязательным не является*. Не будучи известенным о судебном заседании гражданин лишается возможности лично знакомиться с заявлением членов его семьи или других лиц, в котором должны быть изложены обстоятельства, свидетельствующие о наличии у него психического расстройства, вследствие чего он не может понимать значения своих действий или руководить ими. Гражданин лишается возможности опровергнуть изложенные в заявлении обстоятельства и по-существу принужден пройти СПЭ, даже если данные о его психическом расстройстве, изло-

¹ Раздел о соответствии международным стандартам правовых норм об установлении и осуществлении опеки в данной публикации опущен. Его основные положения изложены в НПЖ, 2008, № II и III.

женные в заявлении, не соответствуют действительности. При этом гражданин также лишается возможности заявлять ходатайства при решении вопроса о назначении СПЭ: просить суд назначить проведение СПЭ в конкретном судебно-экспертном учреждении или поручить ее конкретному эксперту, заявлять отвод эксперту, ходатайствовать перед судом о включении в состав экспертной комиссии дополнительно специалиста соответствующего профиля, формулировать вопросы для эксперта, знакомиться с определением суда о назначении СПЭ, т.е. реализовывать права лиц, участвующих в деле, предусмотренные ст. 79 ГПК РФ и ст. 52 Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан.

На основной стадии рассмотрения дела о признании гражданина недееспособным согласно ч. 1 ст. 284 ГПК РФ гражданин, в отношении которого рассматривается дело, должен быть вызван в судебное заседание, если это возможно по состоянию его здоровья.

Данное положение по буквальному смыслу и по смыслу, придаваемому ему правоприменительной практикой, *допускает возможность рассмотрения дела без участия самого гражданина*, что не позволяет ему лично знакомиться с материалами дела, представлять доказательства, участвовать в исследовании заключения эксперта, в т.ч. при помощи специалиста, заявлять ходатайства, в частности о назначении дополнительной или повторной экспертизы, о допросе эксперта.

Глава 31 ГПК РФ, допускающая в ст. 281 подачу заявления о признании гражданина недееспособным в суд по месту нахождения психиатрического учреждения, в которое помещен гражданин, *не обязывает при этом суд проводить судебное заседание непосредственно в данном учреждении*. Хотя именно такое регулирование предусмотрено, в частности для рассмотрения заявления о недобровольной госпитализации лица в психиатрический стационар в соответствии со ст. 34 Закона РФ “О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании”: если психическое состояние лица не позволяет ему лично участвовать в рассмотрении вопроса о его госпитализации в помещении суда, то заявление о госпитализации рассматривается судьей в психиатрическом учреждении.

В постановлениях Пленума Верховного Суда РФ от 24 июня 2008 г. № 11 “О подготовке гражданских дел к судебному разбирательству” и от 26 июня 2008 г. № 13 “О применении норм Гражданского процессуального кодекса Российской Федерации при рассмотрении и разрешении дел в суде первой инстанции” разъяснения для судов по указанным вопросам отсутствуют.

Более того Верховный Суд “не видел необходимости дачи судам указаний по данному вопросу” и ранее, о чем говорится в письме Верховного Суда РФ от 25 марта 1994 г. № 1015-5/общ за подписью замести-

теля Председателя Верховного Суда Н. Ю. Сергеевой. В письме подтверждается возможность рассмотрения дела в отсутствие самого лица. И только если, как указывалось в письме, “по обстоятельствам дела суд придет к выводу о необходимости выслушать объяснения этого лица, то суд вправе сделать это по месту его нахождения, в частности в психоневрологическом интернате”.

Таким образом, с позиций Верховного Суда РФ, судья вправе, но никак не обязан рассматривать дело непосредственно по месту нахождения гражданина и то лишь для того, чтобы “выслушать объяснения” гражданина. Об обеспечении гражданина другими процессуальными правами в письме Верховного Суда речь не идет.

В отличие от Закона о психиатрической помощи, признающего участие прокурора в рассмотрении вопроса о недобровольной госпитализации обязательным, ГПК РФ *не содержит правила об обязанности прокурора участвовать в судебном заседании* о признании гражданина недееспособным. Неявка прокурора, известенного о времени и месте рассмотрения дела, согласно ч. 3 ст. 45 ГПК РФ не является препятствием к разбирательству дела. Такое “послабление” в законодательстве (ст. 261 ГПК РСФСР обязывала прокурора участвовать в рассмотрении данной категории дел) не обеспечивает возможности использовать возложенные на прокурора полномочия по даче заключения по делу.

ГПК РФ *не предусматривает нормы, обязывающей суд при фактически заочном рассмотрении дела о признании лица недееспособным, знакомить лицо с решением суда*, что лишает лицо возможности обжаловать решение суда о признании его недееспособным и влечет пропуск установленного для обжалования 10-дневного срока, по истечении которого лицо уже будучи недееспособным по вступившему в силу судебному решению вследствие своего статуса (недееспособности) теряет и право подать заявление о восстановлении пропущенного для обжалования срока по уважительной причине — неинформированности о принятом судом решении.

Таким образом, предусмотренный главой 31 ГПК РФ порядок признания гражданина недееспособным, в ходе которого решается вопрос о его гражданских правах и обязанностях, не соответствует ст. 6.1 Конвенции и нарушает права граждан, как с диагностированным, так и недиагностированным психическим расстройством, на справедливое судебное разбирательство, под которым, в частности понимается состязательное разбирательство, дающее стороне “разумную возможность представлять свою позицию, в том числе доказательства”², поставить перед экспертами вопросы и

² Dombo Deheer BV v Netherlands, 27 октября 1993 г., series A, № 274, § 32.

опросить их в ходе процесса³. В соответствии с позицией Европейского суда по правам человека присутствие гражданина в судебном заседании является необходимым условием для того, чтобы судья лично мог убедиться в его психическом состоянии и принять справедливое решение⁴.

Положения главы 31 ГПК РФ не соответствуют Принципу 11 и Принципу 13 Рекомендации Комитета министров Совета Европы № R (99)4 «О принципах, касающихся правовой защиты недееспособных взрослых», согласно которым заинтересованное лицо должно быть надлежащим образом проинформировано о возбуждении процесса, который может затронуть его дееспособность (Принцип 11); а также должно иметь право быть лично заслушанным в любом процессе, затрагивающим его дееспособность (Принцип 13).

Иллюстрацией указанных выше нарушений прав граждан может служить дело Мамонова (г. Курск), в защите прав которого принимала участие НПА России.

Мамонов был признан недееспособным по заявлению сына. О рассмотрении в суде указанного заявления Мамонов проинформирован и извещен не был и, следовательно, был лишен возможности реализовать права при назначении СПЭ, предусмотренные ст. 79 ГПК РФ и 52 Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан. Он не был ознакомлен с заключением эксперта, лишен возможности лично участвовать в судебном заседании и обжаловать судебное решение о признании его недееспособным, вследствие чего по независящим от него причинам пропустил срок для подачи кассационной жалобы, а в последствии будучи недееспособным получил отказ суда в рассмотрении дела в надзорной инстанции.

Мамонов узнал о своей недееспособности в сбербанке, куда в очередной раз пришел за получением пенсии. Тогда же узнал, что его счет закрыт, пенсия перечисляется на счет его сына, назначенного опекуном. О назначении ему опеки Мамонов также извещен не был.

Мамонову было отказано судом в восстановлении срока для кассационного обжалования решения о признании его недееспособным на том основании, что он не участвовал в судебном заседании “согласно заключению СПЭ”, хотя речь в жалобе Мамонова шла не о его присутствии, а о извещении о судебном решении.

Этот отказ Мамонов обжаловал в вышестоящем суде, который признал его неосведомленность о состоявшемся судебном решении уважительной причиной, однако вновь отказал ему в восстановлении срока для обжалования, т.к. Мамонов, якобы, узнав, наконец, о решении суда, не обратился сразу в суд и пропустил второй раз 10-дневный срок для обжалования этого решения. Доводы суда нельзя признать убедительными, т.к. Мамонов, хотя и узнал о принятом судом решении, обратиться в кассационную инстанцию он смог, разумеется, лишь после того как добился получения копии этого решения на руки.

³ Mantovanelli v France, 18 марта 1997 г., ECHR 1997-II).

⁴ Постановления Европейского суда от 20 октября 2005 г. по делу “Романов против России” и от 27 марта 2008 г. по делу “Штукатуров против России”.

Мамонов, узнав, что психиатрическое учреждение, проводившее ему СПЭ, не имеет лицензии на данный вид медицинской деятельности, обратился в суд с надзорной жалобой, указав на данное обстоятельство, приложив документы психиатрического учреждения. Суд и на этот раз в нарушение закона отказал ему, несмотря на очевидный факт отсутствия лицензии, сославшись на то, что у врачей этого учреждения есть сертификаты. Суд, таким образом, произвел подмену тезиса, дав ответ на вопрос, который перед ним не ставился, т.к. ответ на него не имел юридических последствий.

Попытки Мамонова оспорить тот факт, что он не был извещен о подготовительном заседании суда по принятию к рассмотрению заявления сына о признании его недееспособным, так же не увенчались успехом. Суд указал, что о невозможности его участия в деле было сказано в заключении СПЭ. При этом суд не пожелал признать очевидное: СПЭ была проведена, разумеется, после подготовительного заседания, а значит Мамонов должен был быть приглашен в судебное заседание, на котором и ставился вопрос о назначении СПЭ.

Дальнейшие попытки Мамонова добиться справедливо-го судебного разбирательства были судебными органами пресечены: очередная надзорная жалоба Мамонова, поданная его представителем (вторым сыном), была возвращена без рассмотрения по существу на том основании, что Мамонов как недееспособный не может выдавать доверенности на ведение своих дел. Жалобу в суд от его имени может подать только его опекун. Понятно, что опекун, по чьему заявлению и был Мамонов признан недееспособным, не стал помогать своему подопечному в обжаловании судебного решения о недееспособности.

Тупиковая ситуация в деле Мамонова, как и в делах других граждан, лишившихся дееспособности, не оставляет ничего другого как подать жалобу в Конституционный Суд РФ с просьбой о проверке конституционности ряда положений ГПК РФ. Дело Мамонова имело бы также отличную судебную перспективу в Европейском суде по правам человека.

Анализ российского процессуального законодательства позволяет также констатировать тот факт, что право лица, признаваемого недееспособным, на справедливое судебное разбирательство нарушается по существу в двойном объеме.

Отмеченные пробелы и неопределенность в отношении порядка признания лица недееспособным усугубляются *отсутствием в процессуальном законодательстве надежных механизмов обеспечения равенства и состязательности сторон при сборе, представлении, исследовании и оценке доказательств*. Суды же не всегда опираются на существующие механизмы или приводят их в исполнение.

В особенности это касается доказательств, полученных с использованием специальных знаний в данном случае знаний в области психиатрии:

1) ГПК РФ, так же как и УПК РФ, не ограничивает производство судебных экспертиз рамками лишь государственных судебно-экспертных учреждений. Однако использование в ГПК понятия “судебно-экспертное учреждение” создает искусственные препятст-

вия для реализации права сторон ходатайствовать о производстве СПЭ негосударственным юридическим лицом, т.е. судебно-экспертной организацией;

2) отсутствие в ст. 84 ГПК РФ нормы, обеспечивающей реализацию права подэкспертного на включение в состав экспертной комиссии по проведению СПЭ дополнительного специалиста соответствующего профиля (см. ч. 3 ст. 52 Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан), приводит к неисполнению руководством государственных экспертных учреждений определения суда о назначении СПЭ в части привлечения к ее проведению поименованного в определении дополнительного эксперта, не являющегося работником данного учреждения;

3) ч. 1 ст. 85 ГПК РФ обязывает эксперта провести исследование представленных материалов и документов, в то время как объектом исследования в ходе СПЭ по делам о признании лица недееспособным является прежде всего физическое лицо, его психическое состояние. Такой пробел ведет к смещению приоритетов при производстве СПЭ, снижению полноты, всесторонности и объективности заключения эксперта;

4) в ст. 85 ГПК РФ не предусмотрено право эксперта делать подлежащие занесению в протокол судебного заседания заявления по поводу неправильного истолкования его заключения или показаний лицами, участвующими в деле, что позволяет непреднамеренно либо сознательно исказить сторонам аргументацию и выводы эксперта и влечет за собой приятие ошибочных судебных решений;

5) ст. 86 и 187 ГПК РФ предписывают суду мотивировать лишь свое несогласие с заключением эксперта, в то время как ст. 67 ГПК обязывает суд приводить мотивы, по которым одни доказательства приняты в качестве средств обоснования выводов суда, а другие доказательства отвергнуты судом, а также основания, по которым одним доказательствам отдано предпочтение перед другими. Иными словами согласие с экспертным заключением, так же как и несогласие с ним, суду следует мотивировать. На необходимость приведения мотивов согласия с заключением эксперта в судебном решении специально указывается в постановлении Пленума Верховного Суда РФ от 19 декабря 2003 г. № 23 “О судебном решении”. На практике, однако, экспертные заключения в лучшем случае лишь оглашаются, но при этом отнюдь не исследуются и должным образом судом не оцениваются, превращаясь по существу в исключительное средство доказывания. В своем решении суд обычно лишь констатирует, что “оснований не доверять заключению экспертов у суда нет”. Такой практике способствует наличие пробелов в указанных ст. 86 и 187 ГПК РФ;

6) ч. 1 ст. 157 ГПК РФ консультации и пояснения специалистов относит к доказательствам по делу, которые суд обязан исследовать, заслушав их. В то же

время глава 6 ГПК, посвященная доказательствам, и, в частности ст. 55 ГПК, такой вид доказательств не предусматривают;

7) из ч. 4 ст. 188 ГПК РФ следует, что специалист может быть привлечен к делу не только по инициативе суда, но и по заявлению лица, участвующего в деле. Вместе с тем в ст. 35 ГПК среди прав лиц, участвующих в деле, данное право не указывается;

8) ГПК РФ предусматривает возможность привлечения специалиста при назначении экспертизы, но не предусматривает возможности исследования в суде заключения эксперта с привлечением специальных знаний специалиста, что не позволяет обеспечить надлежащий уровень такого исследования, исходя из принципов состязательности и равноправия сторон;

9) согласно ст. 171 ГПК председательствующему поручено разъяснить специалисту его права и обязанности. Однако норма о правах специалиста в Кодексе отсутствует, что является нонсенсом.

В отличие от российского уголовного процесса и практики во многих других правовых системах, российский гражданский процесс, кроме того, не требует от стороны раскрытия содержания свидетельских и письменных доказательств другой стороне до дачи этих показаний (предъявления письменных доказательств) в суде. Поэтому граждане, признаваемые недееспособными, в случае, если они все же присутствуют в судебном заседании, имеют ограниченные представления о доказательствах против них до самого начала слушания. Это создает плодотворную почву для “вопиющей несправедливости и произвольности”, когда дело доходит до установления фактов судом.

В связи с рассмотрением вопроса о соответствии российского законодательства, регулирующего порядок признания лица недееспособным, ст. 6.1 Конвенции нельзя не отметить, что, по нашему мнению, ст. 6 Конвенции в своей диспозиции делает акцент, при том в значительной степени, на: а) судебное разбирательство по уголовным делам и б) права обвиняемого в ущерб правам потерпевшего. **ПРИНЦИПАМ СУДЕБНОГО РАЗБИРАТЕЛЬСТВА В РАМКАХ ГРАЖДАНСКОГО ПРОЦЕССА, В КОТОРОМ РАССМАТРИВАЕТСЯ “СПОР О ГРАЖДАНСКИХ ПРАВАХ И ОБЯЗАННОСТЯХ” ГРАЖДАНИНА, В ЧАСТИ СО СТОЛЬ РАДИКАЛЬНЫМИ ДЛЯ НЕГО ПРАВОВЫМИ ПОСЛЕДСТВИЯМИ, КАК ЛИШЕНИЕ ДЕЕСПОСОБНОСТИ, В СТ. 6 КОНВЕНЦИИ ВНИМАНИЯ НЕ УДЕЛЕНО.**

РАЗДЕЛ 2. ПРАВОВОЙ СТАТУС НЕДЕЕСПОСОБНОГО ЛИЦА

В законодательстве РФ отсутствует единый законодательный акт, в котором бы определялся правовой статус недееспособного лица. Даже в юридических

энциклопедических изданиях понятие “недееспособность” не приводится. Статья 29 *Гражданского кодекса РФ*, предусматривающая возможность признания гражданина недееспособным, указывает лишь, что опекун недееспособного совершает от его имени сделки. Другие же многочисленные ограничения для данной категории граждан распределены по иным кодифицированным и некодифицированным законодательным актам.

Согласно законодательству РФ лицо, признанное судом недееспособным, не имеет права избирать и быть избранным, самостоятельно совершать завещания, сделки, распоряжаться денежными доходами и имуществом по своему усмотрению, вступать в брак, быть усыновителем, состоять на государственной службе, подавать заявления в суд и др. Такие лица без их согласия могут быть подвергнуты психиатрическому освидетельствованию и лечению, направлены в психиатрический стационар, помещены в психоневрологический интернат. Согласия недееспособного не требуется и на расторжение с ним брака, усыновление его детей, обработку его персональных данных, совершение иных действий, например, дактилоскопическую регистрацию лица и др. Гражданство недееспособного следует гражданству опекуна.

Ограничения, которые ввел законодатель для недееспособных носят тотальный характер для каждого недееспособного без учета особенностей конкретного случая.

В целях предотвращения того или иного неверного действия со стороны лица с психическим расстройством (например, дарения своей единственной квартиры) путем признания его недееспособным, суд своим решением автоматически лишает гражданина возможности лично реализовывать сразу все принадлежащие ему права, а многих прав лишает вовсе (избирательного права, права вступать в брак и др.) исходя из своего рода презумпции того, что данное лицо не понимает и не может в принципе понимать ничего из того, что вокруг него происходит и полностью перестает себя контролировать причем сразу во всем; что такое лицо отныне может обойтись без супруга и детей.

Кроме того ни один законодательный акт не предусматривает прав (объема действий), которые граждане, признанные недееспособными, могут осуществлять (совершать) самостоятельно, границы их личного “пространства”, допустимости в принятии решений и соответственно не определяет пределов дозволенного для назначенных им опекунов.

Единственное и притом косвенное упоминание (по-существу намек) о правах подопечного (т.е. лишь того недееспособного, которому опекун уже назначен) на осуществление им неких самостоятельных действий содержит ст. 37 ГК РФ. В ней указывается, что доходы подопечного расходуются опекуном, за исключением доходов, которыми подопечный вправе

распоряжаться самостоятельно. Однако о том, где именно это право взрослого подопечного записано и о каких доходах идет речь ГК РФ умалчивает, хотя в отношении малолетних (т.е. фактически также не обладающих дееспособностью граждан) и несовершеннолетних в возрасте от 14 до 18 лет (не полностью дееспособных граждан) предусматривает специальные нормы с перечнями прав (действий), которые могут самостоятельно без согласия законных представителей эти лица осуществлять.

Неопределенность в этом вопросе связывает руки и опекунам и органам опеки. Опекунам не возбраняется сверх всякой меры вторгаться в частную жизнь своих подопечных, например, в их увлечения. Подопечным чинят препятствия или без объяснения причин запрещают общаться с юристом (по вопросам пересмотра судебного решения, обращения в Европейский суд), встречаться с представителями правоохранительных организаций, в т.ч. при нахождении в психиатрическом стационаре, психоневрологическом интернате, осуществлять переписку, направлять обращения в органы государственной власти при всей очевидности того факта, что указанные контакты не представляют для них угрозы и служат защите прав и интересов лиц с психическим расстройством.

Таким образом *принципы института недееспособности в российском гражданском законодательстве не признают, насколько это возможно, существование различных степеней недееспособности, а также возможности изменения характера недееспособности с течением времени. Меры защиты автоматически связаны с полным лишением гражданской дееспособности и без ограничения по срокам*. При этом российское законодательство не обеспечивает надлежащего регулирования правового статуса недееспособного лица, полностью зависимого от опекуна (или от учреждения, наделенного опекунскими функциями) и по-существу находящегося в его власти. Институт недееспособности используется как средство нейтрализации неугодных по тем или иным причинам граждан.

Данные законодательные принципы не соответствуют Рекомендации Комитета министров Совета Европы № R (99)4 “О принципах, касающихся правовой защиты недееспособных взрослых”. В частности Принципу 2 (гибкость правового регулирования), т.к. российское законодательство не содержит мер защиты, не связанных с лишением дееспособности лица с психическим расстройством; Принципу 3 (максимальное сохранение дееспособности), т.к. законодательство прямо не предусматривает возможности принимать заинтересованным лицом решения личного характера во время, когда оно способно совершать такие действия; Принципу 6 (пропорциональность), т.к. применение мер защиты не соотносится с индивидуальными обстоятельствами и потреб-

ностями лица, а меры ограничения — с целями такого ограничения; Принципу 19 (ограничение полномочий представителя), т.к. законодательство не определяет какие юридически значимые действия имеют настолько личный характер, что их осуществление представителем невозможно; Принципу 14 (длительность, пересмотр и обжалование), т.к. нормы права не устанавливают предельного срока, на который лицо признается недееспособным (недееспособность фактически является бессрочной).

Допущение бесконтрольного вмешательства опекунов (а также учреждений, выполняющих опекунские функции) в частную жизнь своих подопечных без учета пропорциональности преследуемой цели — защита его интересов и здоровья — кроме своего несоответствия указанной выше Рекомендации, представляет собой нарушение ст. 8 Конвенции (право на уважение частной и семейной жизни).

Отсутствие должного правового регулирования прав недееспособных создает предпосылки для введения непредусмотренных законами ограничений для указанной категории лиц в ведомственных нормативных актах органов власти.

Так, *Инструкция о порядке рассмотрения обращений и приема граждан в системе прокуратуры Российской Федерации*, утвержденная приказом Генерального прокурора РФ от 17 декабря 2007 г. № 200, позволяла оставить без разрешения обращение заявителя, если имеется решение суда о признании его недееспособным. При этом недееспособное лицо не могло даже рассчитывать на уведомление прокуратуры о таком решении (т.е. оставлении обращения без разрешения). Это положение Инструкции противоречило ст. 19 и 33 Конституции РФ, требованиям Федерального закона “О порядке рассмотрения обращений граждан Российской Федерации”, было несогласно с задачами и функциями прокуратуры, позиционирующей себя в качестве главного правозащитного органа государства, и кроме этого **не корреспондировалось с нормами 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 государственном 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.**

После обращения НПА России к Генеральному прокурору РФ данный пункт Инструкции был исключен. Новая редакция данного пункта, однако, не полностью соответствует законодательству, т.к. теперь в

качестве основания для оставления обращения без разрешения указан факт недееспособности заявителя при том условии, что его обращение лишено логики и смысла.

Правовое положение недееспособных граждан, а точнее, ограничения их прав в различных сферах, как уже указывалось, отражено в значительном числе законодательных актов.

Ограничения при оказании психиатрической помощи предусмотрены Законом РФ “*О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании*”.

Согласно ч. 2 ст. 4 Закона лицу, признанному недееспособным, психиатрическая помощь оказывается по просьбе или с согласия его законного представителя. Из этой нормы следует, что лицо не вправе само обратиться в психоневрологический диспансер, психиатрический стационар за такого рода помощью, не заручившись разрешением опекуна, как правило не обладающего медицинскими знаниями. Если же лицо все же обратится к врачу, то при отсутствии согласия опекуна, хотя и при наличии медицинских показаний и сохранении способности к даче согласия, лицу должно быть исходя из этой нормы отказано во врачебном приеме, госпитализации, лечении, если отсутствуют основания для применения ст. 29 Закона.

Следствием данного общего правила является норма, предусмотренная ч. 4 ст. 28 Закона, в соответствии с которой лицо, признанное недееспособным, помещается в психиатрический стационар по просьбе или с согласия его законного представителя.

При этом Закон: 1) *не предполагает получения согласия на это самого недееспособного* даже в том случае, когда способность к даче добровольного информированного согласия на помещение в стационар у него сохранена; 2) *не требует судебного контроля* такой госпитализации. Госпитализация недееспособного по требованию опекуна, несмотря на возражение самого госпитализируемого, по смыслу российского законодательства рассматривается как “добровольная”. То есть статья 28 Закона предусматривает фактически еще одно дополняющее ст. 29 основание для недобровольной (принудительной) госпитализации в психиатрический стационар без соблюдения каких-либо процедур и гарантий прав человека.

Недееспособный не может самостоятельно использовать какое-либо средство обжалования своей госпитализации в силу статуса недееспособного лица согласно ст. 222 ГПК. Он не может инициировать процесс и через опекуна, т.к. опекун, по чьей просьбе госпитализирован недееспособный, возражает против его выписки из стационара. В результате содержание недееспособного в психиатрическом стационаре возможно в течение неопределенного периода времени.

Таким образом, норма, предусмотренная ч. 4 ст. 28 Закона РФ “*О психиатрической помощи и*

гарантиях прав граждан при ее оказании” нарушает ст. 5 Конвенции (право на свободу и личную неприкосновенность), в частности ст. 5.1 в отношении порядка помещения недееспособного в психиатрический стационар и ст. 5.4 в связи с невозможностью недееспособного требовать судебного рассмотрения вопроса о его госпитализации и добиться освобождения из стационара.

Данная норма не согласуется также с Рекомендацией Комитета министров Совета Европы № R (99)4 “О принципах, касающихся правовой защиты недееспособных взрослых”. Согласно Принципу 23 Рекомендации, если к лицу применяется мера защиты, в соответствии с которой какое-либо вмешательство в сфере здоровья может осуществляться только с согласия субъекта, предусмотренного законом, необходимо, тем не менее, получить согласие такого лица, если оно обладает способностью дать его.

Ограничения прав недееспособных граждан предусмотрены также при помещении их в психоневрологический интернат (далее — ПНИ), относящийся к стационарным учреждениям социального обслуживания.

По правилам ст. 41 Закона РФ “О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании” основанием для помещения в ПНИ лица, страдающего психическим расстройством, являются его личное заявление и заключение врачебной комиссии. Для недееспособного основанием служит решение органа опеки и попечительства, принятое на основании заключения врачебной комиссии. Указанная норма, как мы видим, весьма поверхностна по содержанию.

Во-первых, требуемое решение органа опеки может служить лишь формальным основанием для помещения в интернат. Реальным основанием, по нашему мнению, должны считаться особенности психического состояния лица, социально-бытовые и иные условия его жизни, которые в Законе не сформулированы. При отсутствии в Законе показаний для помещения в ПНИ и критерии, которыми органы опеки должны руководствоваться при принятии решения, должный контроль за законностью и обоснованностью помещения недееспособного в ПНИ осуществляться не может.

Во-вторых, по смыслу ст. 41 Закона для помещения недееспособного в ПНИ не требуется не только его заявления, но и его согласия. Позиция опекуна по данному вопросу также правового значения не имеет. По существу эта норма в завуалированной форме предусматривает помещение лица, страдающего психическим расстройством, в ПНИ в недобровольном порядке исходя лишь из его правового статуса недееспособного лица.

В-третьих, ст. 41 Закона не предусматривает для таких случаев судебной процедуры в отличие от ст. 33 – 36 Закона, регулирующих судебный порядок

рассмотрения дел о недобровольной госпитализации в психиатрический стационар и ее продлении.

Помещение недееспособных граждан в учреждения социального обслуживания, включая ПНИ, регулируется также **Федеральным законом “О социальном обслуживании граждан пожилого возраста и инвалидов”**.

В соответствии с ч. 1 ст. 15 данного Федерального закона граждане пожилого возраста и инвалиды могут быть помещены в эти учреждения *без их согласия*, если они лишены ухода и поддержки со стороны родственников или иных законных представителей и при этом не способны самостоятельно удовлетворять свои жизненные потребности (утрата способности к самообслуживанию и (или) активному передвижению) или признаны в установленном законом порядке недееспособными.

Союз “или” в конце нормы позволяет трактовать ее таким образом, что недееспособный без его согласия может быть помещен в ПНИ, если он лишен ухода и поддержки со стороны опекуна. При этом его способность к самообслуживанию или передвижению значения не имеет.

В то же время согласно ст. 20 того же Федерального закона стационарное социальное обслуживание предназначается для граждан... “частично или полностью утративших способность к самообслуживанию...”

Кроме того в соответствии со ст. 9 данного законодательного акта согласие на социальное обслуживание недееспособных граждандается их законными представителями. А для помещения их в стационарное учреждение социального обслуживания требуется письменное заявление законного представителя.

И, наконец, ч. 2 ст. 15 устанавливает правило о том, что вопрос о помещении недееспособного в такое учреждение без его согласия или без согласия его законного представителя решается судом по представлению органов социальной защиты населения.

Данные нормы вступают в логическое противоречие друг с другом, а также образуют пробелы, что напрямую приводят к необоснованным ограничениям прав недееспособных с учетом того, что их согласие на помещение в ПНИ на постоянное место жительства не испрашивается в любом случае, как в соответствии со ст. 15, так и ст. 9.

Во-первых, лишение недееспособного ухода и поддержки со стороны опекуна, которое должно было бы влечь замену опекуна органом опеки и попечительства, обрачивается для недееспособного водворением его самого в закрытое учреждение, которым является ПНИ.

Во-вторых, согласие (а затем заявление) на помещение недееспособного в ПНИ требуется как раз от того лица (опекуна), который и лишил своего подопечного ухода и поддержки, что является нонсенсом, вдвойне утяжеляющим ограничительный статус недееспособного.

В-третьих, если указанные учреждения согласно ст. 20 Федерального закона предназначены для граждан, утративших способность к самообслуживанию, то помещение в них недееспособных граждан лишь в силу их недееспособного статуса и фактически вследствие невыполнения опекунами своих обязанностей (а также вследствие ненадлежащего исполнения органом опеки своих функций по подбору опекунов) не может считаться законным, т.к. способность недееспособного к самообслуживанию согласно ч. 1 ст. 15 юридического значения для помещения в ПНИ не имеет.

В-четвертых, ст. 41 Закона РФ “О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании” в качестве основания для помещения недееспособного в ПНИ предусматривает решение органа опеки, в то время как ст. 9 и 15 указанного выше Федерального закона — заявление опекуна. Противоречия в законодательстве создают основу для злоупотреблений.

В-пятых, согласно ч. 2 ст. 15 Федерального закона решение вопроса о помещении лица в ПНИ отнесено к компетенции суда в случае если помещение производится без согласия лица или без согласия его законного представителя. Из этого можно заключить, что при наличии согласия законного представителя (опекуна) судебная процедура “отменяется”.

В-шестых, в отличие от приведенного выше порядка, предусмотренного ч. 2 ст. 15 Федерального закона, статья 41 Закона о психиатрической помощи не предусматривает участия суда в решении данного вопроса ни при каких условиях.

Сравнительный анализ норм двух законодательных актов свидетельствует о наличии противоречий в принципах и порядке правового регулирования одного и того же вопроса. Это обстоятельство позволяет сделать вывод о том, что судебная процедура помещения недееспособного в ПНИ не является обязательной. Решение органа опеки заменяет, а точнее, подменяет собой судебное решение.

В-седьмых, указание в ч. 2 ст. 15 Федерального закона о судебном рассмотрении вопроса о недобровольном помещении в ПНИ не имеет правового развития ни в самом Федеральном законе, ни в ГПК РФ, хотя дела такого рода должны были бы рассматриваться в порядке особого производства (см. ч. 2 ст. 262 ГПК РФ). В законодательстве полностью отсутствует механизм реализации данной нормы: не регламентирован порядок обращения в суд по данному вопросу (подсудность гражданского дела, требования к заявлению, лица, правомочные подать заявление в суд, процедура и сроки рассмотрения заявления, участники процесса, порядок принятия судом решения, порядок его обжалования и др.). Не установлен судебный порядок рассмотрения вопроса о продлении пребывания недееспособного в ПНИ.

Возможное предложение правоведов восполнить указанный пробел путем применения института анало-

гии закона (ст. 11 ГПК РФ), т.е. рассматривать такие дела по правилам главы 35 ГПК РФ “Принудительная госпитализация гражданина в психиатрический стационар” вряд ли приемлемо, т.к. природа правоотношений при осуществлении недобровольной (принудительной) госпитализации в психиатрический стационар не является сходной с процессом недобровольного помещения в ПНИ на постоянное жительство. Кроме того недобровольная госпитализация недееспособных в психиатрический стационар, как уже указывалось, так же не вполне соответствует международно-правовым принципам регулирования.

В-восьмых, законодатель, не заметив возникших пробелов и противоречий, фактически “узаконил” их, указав в ч. 4 ст. 9 Федерального закона, что помещение граждан в стационарные учреждения социального обслуживания без их согласия или без согласия их законных представителей допускается на основаниях и в порядке, предусмотренных ч. 15 Федерального закона и Закона о психиатрической помощи, т.е. сразу обоими законодательными актами.

Таким образом, нормы Закона РФ “О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании” и Федерального закона “О социальном обслуживании граждан пожилого возраста и инвалидов” в части регулирования вопроса о помещении недееспособных граждан в психоневрологические интернаты не соответствуют Конвенции:

1) ст. 5.1. “е”, так как указанные нормы: а) не предусматривают необходимых и достаточных оснований для помещения недееспособного в ПНИ, связанных с особенностями его психического состояния, социально-бытового положения и др.; б) основывают недобровольность помещения недееспособного в ПНИ исключительно исходя из его правового статуса (Закон о психиатрической помощи) или в дополнение к нему на невыполнение опекуном своих обязанностей по уходу за подопечным (ФЗ “О социальном обслуживании граждан пожилого возраста и инвалидов”);

2) ст. 5.4. в связи с неочевидностью судебного порядка помещения недееспособного в интернат; отсутствием судебного контроля за пребыванием недееспособного в ПНИ и невозможностью недееспособного добиться освобождения из ПНИ. Решения вопроса о дальнейшем содержании недееспособного лица в ПНИ и вопроса о возможности пересмотра решения суда о его недееспособности в соответствии со ст. 43 Закона о психиатрической помощи находятся в компетенции администрации этих учреждений. Отказ же от услуг таких учреждений граждан, признанных недееспособными, согласно ч. 3 ст. 15 указанного выше Федерального закона производится по письменному заявлению их законных представителей и только в случае,

если они обязуются обеспечить подопечным уход и необходимые условия проживания;

3) ст. 6 в связи с неурегулированностью в указанных законодательных актах, а также в ГПК РФ судебной процедуры рассмотрения дел о недобровольном помещении граждан, страдающих психическим расстройством, в стационарные учреждения социального обслуживания, что не обеспечивает право граждан на справедливое судебное разбирательство.

Нормы указанных законодательных актов не согласуются с Принципом 9 Рекомендации Комитета министров Совета Европы № R (99)4 “О принципах, касающихся правовой защиты недееспособных взрослых”. Данный принцип предусматривает, что при назначении или осуществлении меры защиты недееспособному необходимо выяснить, насколько это возможно, его прошлые и настоящие желания и чувства, а также учитывать и уважать таковые.

Российское законодательство не обязывает учитывать желание недееспособного гражданина при решении вопроса о его помещении в психоневрологический интернат при том, что помещение в такое учреждение почти всегда влечет за собой переход опекунских полномочий учреждению.

РАЗДЕЛ 3. ПРИЗНАНИЕ ГРАЖДАНИНА ДЕЕСПОСОБНЫМ

“Формула” признания гражданина дееспособным в Гражданском кодексе РФ чрезвычайно лаконична: “Если основания, в силу которых гражданин был признан недееспособным, отпали, суд признает его дееспособным” (п. 3 ст. 29).

Второе и последнее упоминание в ГК РФ на этот счет содержит п. 1 ст. 40: “опека над совершенно-летними гражданами прекращается в случае вынесения судом решения о признании подопечного дееспособным по заявлению опекуна или органа опеки и попечительства”.

Порядок же признания гражданина дееспособным, который должен регулироваться процессуальным законодательством, как это невероятным не покажется, в ГПК РФ попросту отсутствует, если не считать ч. 2 ст. 286 ГПК, в которой записано буквально следующее: “В случае, предусмотренном пунктом 3 статьи 29 ГК РФ, суд по заявлению опекуна, члена семьи, психиатрического или психоневрологического учреждения, органа опеки и попечительства на основании соответствующего заключения судебно-психиатрической экспертизы принимает решение о признании гражданина дееспособным”.

Анализ приведенных статей, а точнее, всего лишь отведенных законодателем пунктов статей, в контексте иных процессуальных норм свидетельствует:

1) о правовой неопределенности (вакууме), в которой пребывают указанные пункты (части) статей; о выпадении их из контекста всех иных норм ГК и ГПК РФ; об отсутствии взаимосвязи с последними.

Такая ситуация обусловлена очевидным пробелом в ГПК РФ. Дела о признании гражданина недееспособным относятся к делам так называемого особого производства. Они рассматриваются и разрешаются судом по общим правилам искового производства с особенностями, установленными специальным подразделом IV “Особое производство” ГПК РФ. В порядке особого производства рассматриваются 11 категорий дел, например, дела о недобровольной госпитализации в психиатрический стационар.

Проблема, однако, состоит в том, что, если дела о признании гражданина недееспособным прямо указаны в перечне дел особого производства (ч. 1 ст. 262 ГПК РФ), то дела о признании гражданина дееспособным в нем не значатся, хотя упомянутая ст. 286 ГПК и размещена в подразделе “Особое производство”, что является нонсенсом. Законодатель, по-видимому, счел ненужным определяться в вопросе о том, в каком порядке должны рассматриваться дела о восстановлении дееспособности граждан, посчитав такие дела малозначительными или маловероятными, одним словом, не заслуживающими внимания и не требующими ясности в правовом регулировании.

2) о наличии противоречий между нормами материального (п. 1 ст. 40 ГК РФ) и процессуального права (ч. 2 ст. 286 ГПК РФ) в вопросе о перечне лиц, правомочных подать в суд заявление о признании гражданина дееспособным.

Согласно ч. 2 ст. 286 ГПК такими лицами являются: опекун, член семьи, психиатрическое или психоневрологическое учреждение и орган опеки и попечительства.

ГК РФ (п. 1 ст. 40), недопустимо вторгаясь в сугубо процессуальные вопросы, необоснованно сужает этот перечень до двух субъектов: опекуна и органа опеки, сокращая тем самым до минимума шансы недееспособного вернуть утраченную дееспособность.

3) о необоснованном ограничении в процессуальных нормах круга лиц, правомочных инициировать судебную процедуру о признании лица дееспособным.

Часть 2 ст. 286 ГПК РФ не включила в число лиц, которые вправе подать заявление в суд о признании лица дееспособным, близких родственников недееспособного (родителей, детей, братьев, сестер), независимо от совместного с ним проживания, которые согласно ч. 2 ст. 281 ГПК РФ наделены, однако, правом подачи заявления о признании гражданина недееспособным. Таким образом, близкий родственник, по заявлению которого гражданин был признан недееспособным, лишен права в последствии обратиться в суд по поводу восстановления дееспособности близкого ему человека, более не нуждающегося по своему психическому состоянию в опеке.

Недостатком редакции ч. 2 ст. 286 ГПК является также тот факт, что в ней не указано член чьей семьи (опекуна, недееспособного или кого-либо еще) наделен правом подачи заявления. В ч. 2 ст. 281, в отличие от ч. 2 ст. 286, прямо говорится о члене семьи гражданина, страдающего психическим расстройством.

Ранее действовавший ГПК РСФСР (ст. 263) право подачи заявления о признании гражданина дееспособным автоматически распространял на всех субъектов, правомочных подать заявление о признании гражданина недееспособным. Такой принцип регулирования был более адекватным.

ГПК РФ подверг перечень правомочных заявителей, указывавшихся в ст. 258 ГПК РСФСР, и другому не вполне обоснованному изменению. Из этого перечня в ГПК РФ *не вошли прокурор и общественные организации*. Прокурор, который согласно ч. 1 ст. 45 ГПК РФ вправе подать в суд заявление в защиту прав, свобод и законных интересов недееспособного, но не включен в перечень ст. 281 ГПК РФ, с позиции Верховного Суда РФ⁵ утрачивает право подачи в суд заявления о признании гражданина недееспособным. Следуя логике Верховного Суда РФ, прокурор не вправе обращаться в суд и по вопросу восстановления дееспособности гражданина, а это означает, что недееспособный лишен в этом вопросе активной прокурорской поддержки, как и эффективной поддержки правозащитных общественных организаций, которые так же исключены из перечня правомочных заявителей.

4) о заведомо бесправном положении недееспособного при рассмотрении в суде дела о признании его дееспособным.

О нарушении прав граждан при признании их недееспособными мы указывали в разделе 1 доклада. Все отмеченные нами процессуальные пробелы и противоречия, касающиеся этой процедуры, распространяются, а точнее, зеркальным образом отображаются и на правах недееспособного гражданина при рассмотрении дела о признании его дееспособным.

Однако ущербность процессуального статуса лица, признаваемого недееспособным, — ничто по сравнению с его фактическим отсутствием у недееспособного, пытающегося восстановить свою дееспособность. Статус недееспособного лица плюс отсутствие процессуального регулирования процедуры восстановления дееспособности многократно усугубляют его положение.

Согласно ч. 1 ст. 37 ГПК РФ способность своими действиями осуществлять процессуальные права, выполнять процессуальные обязанности и поручать ведение дела в суде представителя (гражданская процессуальная дееспособность) принадлежит в полном объеме гражданам, достигшим возраста 18 лет, и ор-

ганизациям. Исходя из данной общей нормы фактор признания гражданина недееспособным на его гражданскую процессуальную дееспособность не влияет. Однако, это не так. Как следует из ч. 4 ст. 37 ГПК РФ, права, свободы и законные интересы граждан, признанных недееспособными, защищают их законные представители — опекуны.

При этом в этой же статье ГПК РФ содержится очевидное, ничем не обусловленное и даже противоречащее здравому смыслу противопоставление недееспособных иным гражданам — несовершеннолетним в возрасте от 14 до 18 лет и ограниченным в дееспособности лицам в вопросе об их участии в судебном заседании. В ч. 3 ст. 37 указывается, что несовершеннолетних и ограниченных в дееспособности лиц, права которых в процессе защищают их законные представители, суд обязан привлекать к участию в деле. Применительно к недееспособным ч. 4 ст. 37 ГПК данного указания не содержит. Это означает, что *рассмотрение дела о признании гражданина дееспособным может быть заочным*.

Такое решение законодателя не только нарушает общепринятые международно-правовые каноны, но и нелогично по сути. Ведь само существование признания гражданина дееспособным как раз и предполагает, что психическое состояние гражданина улучшилось настолько, что он может понимать значение своих действий и руководить ими, а значит *может участвовать в судебном заседании*. Более того, он *должен* быть “привлечен к участию” в деле, т.к. судья должен составить о нем личное мнение.

Незыблемое правило ст. 37 ГПК РФ о том, что права и законные интересы недееспособных защищают в процессе их опекуны, безусловно, срабатывает, однако только не по делам о восстановлении дееспособности подопечного.

Лишь в одном случае такая “защита” может идти на пользу недееспособному: когда опекун самолично подал заявление о признании своего подопечного дееспособным и то только при том условии, если он сделал это искренне, стремясь вернуть подопечному его гражданские права и обязанности. Однако такой ход событий бывает не всегда. Если заявление в суд о признании гражданина дееспособным подает кто-либо из членов семьи подопечного, а не сам опекун, то это, как правило, значит, что опекун против подачи такого заявления. В судебном процессе возникает конфликт интересов между недееспособным и членом его семьи, с одной стороны, и опекуном недееспособного, с другой стороны. Опекун фактически не только перестает осуществлять защиту интересов своего подопечного, но превращается в тормоз, оказывая противодействие.

В практике НПА России имеется случай, когда заявление в суд о признании гражданина дееспособным подал психоневрологический интернат, осуществлявший опекунские функции в отношении данного граж-

⁵ Бюллетень Верховного Суда Российской Федерации, 2005, № 1. С. 25.

данина. Однако такое заявление было подано интернатом под нажимом правозащитной организации. В суде представитель ПНИ не предпринимал никаких действий по представлению и защите интересов своего подопечного. В итоге суд необоснованно отказал ПНИ в удовлетворении его заявления.

Ситуация в процессуально-правовом плане еще больше усложняется, когда в дело вступает адвокат, нанятый опекуном. Адвокат должен представлять интересы клиента, которым в данном случае является не само лицо, дело о котором рассматривается, а его представитель (опекун), который, в свою очередь, имеет собственное мнение по делу, отличное от мнения и желания недееспособного и его родственника.

В практике НПА России имеется случай, когда опекун запретил адвокату обжаловать решение суда об отказе в признании его подопечного дееспособным при наличии явных процессуальных нарушений, допущенных судом в ходе рассмотрения дела.

Понятно, что по российскому законодательству и речи быть не может о том, чтобы недееспособный мог сам обжаловать принятые в отношении него судебные решения, в частности об отказе в признании его дееспособным.

5) о несоответствии ч. 2 ст. 286 ГПК РФ принципам оценки доказательств.

Согласно все той же ч. 2 ст. 286 ГПК решение о признании гражданина дееспособным суд принимает “на основании соответствующего заключения судебно-психиатрической экспертизы”.

Из этой, с позволения сказать, нормы следует, что для принятия решения суду необходим всего лишь один документ, т.е. единственное доказательство — заключение СПЭ.

Во-первых, “заключение экспертизы” — некорректное понятие. Заключение дает не экспертиза, а эксперт (эксперты). Как уголовно-, так и гражданско-процессуальное законодательство использует термин “заключение эксперта”.

Во-вторых, и это, безусловно, главное, данная норма противоречит: а) ст. 86 ГПК РФ, в соответствии с которой заключение эксперта для суда необязательно, б) ст. 67 ГПК РФ, устанавливающей, что никакие доказательства не имеют для суда заранее установленной силы, в) ст. 157 ГПК РФ, согласно которой суд при рассмотрении дела обязан непосредственно исследовать помимо заключения экспертов также и другие доказательства по делу: заслушать объяснения сторон и третьих лиц, показания свидетелей, консультации и пояснения специалистов, ознакомиться с письменными доказательствами, осмотреть вещественные доказательства, прослушать аудиозаписи и просмотреть видеозаписи.

Приданье законодателем в ч. 2 ст. 286 ГПК РФ заключению эксперта статуса сверхдоказательства неслучайно. Оно отражает реалии судебной практики. Никакого “всестороннего, полного, объективного

и непосредственного” его исследования в судебном заседании не проводится. Зачастую, ошибочные, неполные и противоречивые выводы экспертов кладутся в основу судебного решения.

По-существу безнадежной для недееспособного с предопределенным финалом является ситуация, когда по заключению экспертов психическое состояние недееспособного таково, что он по-прежнему не может понимать значения своих действий и руководить ими.

В-третьих, такая усеченная позиция законодателя удобна правопримениителю, т.к. она делает ненужным заслушивать самого недееспособного, его родственников, допрашивать экспертов в суде по данному ими заключению, заслушивать специалистов, ставящих под сомнение обоснованность выводов экспертов и т.д.

Иллюстрацией применения указанных выше законодательных норм может служить дело Тимочкиной (г. Самара), в защиту прав которой принимали участие специалисты НПА России.

Тимочкина была признана лицом, оставшимся без попечения родителей, и с рождения находится в интернате для детей инвалидов, как страдающая детским церебральным параличом, передвигается на инвалидной коляске. Тимочкина с детства была лишена основных прав ребенка и прав индивида — на образование и реабилитацию: она не училась в школе, не проходила обследования и не получала лечения по своему заболеванию, у нее не было индивидуальной программы реабилитации инвалида, кресла-коляски с ручным управлением, безбарьерной среды в интернате, где она проживала.

В 2008 г. Тимочкина была переведена в интернат для психически больных и по решению суда признана недееспособной. По заключению СПЭ у Тимочкиной были выявлены признаки умственной отсталости. Интернат принял на себя опекунские функции.

В связи с необоснованностью заключения СПЭ и основанного на нем решения суда по требованию члена Экспертного совета при Уполномоченном по правам человека в РФ через четыре месяца интернат подал в суд заявление о признании Тимочкиной дееспособной, мотивируя это тем, что она хотя и страдает легкой умственной отсталостью, однако понимает значение своих действий, стремится повысить уровень своих знаний, получить профессию.

СПЭ по новому гражданскому делу не выявила у Тимочкиной психического расстройства, однако суд отказал в восстановлении ее дееспособности.

Проведенный нами анализ решения суда позволил выявить следующие проблемы правового характера:

1) допрошенные в судебном заседании эксперты, давшие заключение, в соответствии с которым суд признал Тимочкину недееспособной, показали, что она, по их мнению, “не в полном объеме руководит своими действиями, не способна полностью понимать значение своих действий”.

Таким образом, эксперты, указавшие в заключении, что Тимочкина не может понимать значения своих действий и руководить ими, в действительности говорят о *неполней мере* понимания и возможности руководить своими действиями, в то время как недееспособность согласно ст. 29 ГК РФ предполагает *полное* отсутствие того или другого. С непол-

ной мерой понимания гражданин не может быть признан недееспособным, т.к. будет отсутствовать юридический критерий недееспособности.

Здесь можно провести некоторую аналогию с институтами невменяемости и ограниченной вменяемости в уголовном праве. Лицо, признанное невменяемым в отношении совершенного им уголовно-наказуемого деяния, т.е. если оно не могло осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий либо руководить ими вследствие психического расстройства, не подлежит уголовной ответственности. Если же лицо в силу психического расстройства не могло в полной мере осознавать... либо в полной мере руководить..., оно считается вменяемым и подлежит уголовной ответственности.

2) обе экспертизы, а также освидетельствование, проведенное Тимочкиной с ее согласия специалистами НПА России, указывают, на наш взгляд, на то, что вместо необходимого для признания лица недееспособным наличия психического расстройства присутствует отставание в психическом развитии, не связанное с психическим расстройством, в частности в силу педагогической запущенности. А это означает, что *отсутствует* не только юридический, но и *медицинский критерий недееспособности*.

И здесь также можно провести условную аналогию с нормами уголовного законодательства, но уже с ч. 3 ст. 20 УК РФ.

Эксперты, проводившие первоначальную СПЭ, кроме того на допросе показали, что “на данный момент полное выздоровление Тимочкиной все равно невозможно, а остаточные явления могут сохраняться даже после простудного заболевания”. Это высказывание экспертов, учтенное судом при вынесении решения об отказе в восстановлении дееспособности Тимочкиной, так же противоречит законодательству, т.к. для признания лица дееспособным его полного выздоровления не требуется.

Тимочкиной, безусловно, необходим помощник, повары в силу указанных выше причин, вероятно целесообразно проживание ее в интернате общего профиля. При этом она не должна быть лишена возможности лично осуществлять свои гражданские права путем превращения ее в недееспособную.

Судебная практика, как оказалось, далека от понимания этих вопросов. Достаточно процитировать далекую от действительности аргументацию судьи из вынесенного ею решения по делу Тимочкиной, передвигающейся, напомним, в инвалидной коляске: “Никакие физические недостатки, вызванные детским церебральным параличом, не должны препятствовать Тимочкиной обслуживать себя самостоительно”.

3) эксперты-психиатры, давшие заключение об отсутствии психического расстройства у Тимочкиной, в судебное заседание не явились, “откомандировав” вместо себя в суд эксперта-психолога, выдав ему доверенность на представление их позиции в суде, который (психолог) не будучи, разумеется, компетентным в вопросах психиатрии не дал необходимых пояснений по заключению экспертов.

Интернат, являясь законным представителем Тимочкиной, о повторном вызове экспертов-психиатров, давших благоприятное для Тимочкиной заключение, не настоял, отказался и от проведения повторной СПЭ. В итоге суд, во-первых, даже не обратил внимания на имеющий место нонсенс, когда представители одной специальности (психиатры) “доверяют” представлять свою профессиональную

позицию представителю другой специальности (психологу), и во-вторых, счел результаты экспертизы, назначенной по делу о признании Тимочкиной дееспособной, необоснованными на том основании, что допрошенные в судебном заседании эксперты, давшие заключение о наличии психического расстройства у Тимочкиной в рамках совершенно другого гражданского дела (о признании Тимочкиной недееспособной) подтвердили свое заключение. Иными словами, суд не смог допросить экспертов по второй СПЭ, т.е. не исследовал заключение этих экспертов в суде должным образом и на этом основании признал его необоснованным (?!), причем сославшись на мнение экспертов по другому гражданскому делу, отказавшихся комментировать второе заключение и не исследовавших психическое состояние Тимочкиной в настоящее время.

Суд, помимо этого, проявив вопиющую и весьма показательную небрежность, записав в своем решении, что “юридический критерий — неспособность понимать значение своих действий (интеллектуальный аспект) или (?) — Ю.А.) неспособность руководить своими действиями (волевой момент) (?) — Ю.А.) у Тимочкиной имеет место быть (?) — Ю.А.”. Союз “или” указывает на то, что суд по-существу так и не установил какой (интеллектуальный или волевой) элемент юридического критерия имеет место в данном случае. Для установления юридического критерия достаточно, как это должно быть известно, наличия одного из его элементов.

4) в решении суда приведены показания пятерых свидетелей из числа сотрудников интерната, давших положительную характеристику Тимочкиной и считавших, что она понимает значение своих действий и руководит ими.

Однако судья в своем решении указала, что “данные свидетели не могут высказывать подобные суждения ввиду отсутствия у них специальных познаний в области медицины и юриспруденции, поэтому эти суждения не могут быть положены в основу решения”.

Такая позиция суда не может считаться правомерной. Во-первых, статус свидетеля не предполагает наличия каких-либо специальных знаний. Во-вторых, сообщенные данными свидетелями сведения не требуют наличия специальных знаний конкретно ни в медицине, ни тем более в юриспруденции. Достаточно того, что они ежедневно наблюдают Тимочкину в интернате. В-третьих, эти свидетели — не случайные прохожие, а сотрудники интерната, имеющие педагогическое либо иное специальное образование, необходимое для работы в интернате психиатрического профиля и в силу этого способные адекватно свидетельствовать о поведении Тимочкиной.

5) суд не указал в решении о том к каким выводам привели в своих заключениях по данному делу прокурор и орган опеки, что не дает возможности в полной мере оценить обоснованность судебного решения.

После вынесения решения об отказе в восстановлении дееспособности Тимочкиной судья в нарушение закона отказалась адвокату, принимавшему участие в деле по инициативе правозащитников на основании ордера, в выдаче решения суда и ознакомлении с протоколом судебного заседания. Интернат, в свою очередь, отказался выдать адвокату доверенность на обжалование данного решения суда, поступив, следовательно, вопреки интересам своей подопечной.

Таким образом, приведенные нормы ГК и ГПК РФ как таковые, а также факт отсутствия законодательного регулирования порядка признания гражданина дееспособным указывают на несоответствие российского процессуального законодательства:

1) Рекомендации Парламентской Ассамблеи Совета Европы 818 (1977) “О положении психически больных”, рекомендациям Комитета министров Совета Европы № R (99)4 “О принципах, касающихся правовой защиты недееспособных взрослых”⁶, Rec (2004)10 “Относительно защиты прав человека и достоинства лиц с психическим расстройством”, в которых государствам-членам Совета Европы предложено установить, чтобы судебные решения не принимались только на основании медицинских заключений, а пациенту с психическим заболеванием, как и любому другому лицу, было обеспечено право быть выслушанным;

2) статье 6.1 Конвенции о защите прав человека и основных свобод в связи с нарушением прав недееспособных граждан на справедливое судебное разбирательство, основанное на состязательности и равноправии сторон, заключающимся в частности в лишении таких граждан разумной возможности представлять свою позицию, в т.ч. доказательства, ходатайствовать о включении в состав экспертной комиссии дополнительно специалиста соответствующего профиля, поставить перед экспертами вопросы и опросить их в ходе процесса, просить о назначении дополнительной, повторной или комплексной экспертизы в конкретном экспертном учреждении (организации).

Итоги проведенного нами исследования подтвердили актуальность проверки соответствия российского законодательства в отношении прав граждан с психическими расстройствами и практики его применения не только нормам европейской Конвенции, но и иным документам Совета Европы, что позволяет выявить максимально широкий спектр правовых проблем.

Основными средствами их решения должны стать меры как по совершенствованию законодательной и нормативной базы (программа максимум), так и по изменению правоприменительной практики с целью предотвращения нарушений прав человека в данной

сфере (и соответственно сокращения числа обращений в Европейский суд) путем обучения лиц, ответственных за принятие властных решений, международно-правовым стандартам (программа минимум).

Деятельность в данных направлениях должна осуществляться с учетом рекомендаций Комитета министров государств-членов Совета Европы:

1) Rec (2004)6 относительно совершенствования внутренних средств правовой защиты, в которой отмечается важность информирования в печати о требованиях Конвенции, особенно тех из них, которые вытекают из постановлений Европейского суда относительно конкретной страны и обучение с учетом этих требований судей и других государственных должностных лиц.

2) Rec (2004)5 по вопросу контроля за соотвествием проектов законов, действующих законов и практики их применения стандартам, закрепленным Конвенцией о защите прав человека и основных свобод. В соответствии с п. 12 Рекомендации после осуществления контроля должны своевременно предприниматься шаги, требуемые для изменения законов и правоприменительной практики с целью приведения их в соответствие с Конвенцией. При этом отмечается, что для обеспечения такого соответствия часто достаточно изменить судебную и иную правоприменительную практику. В некоторых государствах соответствие может быть достигнуто с помощью неприменения противоречащих Конвенции законодательных мер. Данная возможность приведения в соответствие должна поддерживаться, в частности посредством соответствующего обучения лиц, ответственных за принятие властных решений;

3) Rec (2007)4 о правовом статусе неправительственных организаций в Европе, в которой, в частности отмечено, что вклад неправительственных организаций осуществляется путем предельно многообразных форм деятельности, вплоть до содействия внесению изменений в законодательство и государственную политику, предоставления помощи тем, кто в ней нуждается, мониторинга соблюдения существующих обязательств в соответствии с национальным и международным законодательством.

⁶ Приходится, вместе с тем, с сожалением констатировать, что Рекомендация № R (99)4 “О принципах, касающихся правовой защиты недееспособных взрослых” не содержит принципов, которые бы касались процедуры восстановления дееспособности граждан, т.е. важной и неотъемлемой составляющей принципов правовой защиты недееспособных.

ИЗ ДОСЬЕ ЭКСПЕРТА

Деградация экспертных заключений Центра им. Сербского — цена отказа от состязательности

Ситуация разбираемого дела типична для нынешних афер с использованием психиатрии. Некий А. продал три земельных участка и дачу, принадлежавшие его матери, а когда покупатель В. построил на одном из участков дом, А. заявил, что ничего не помнит и денег не получал. Выяснилось, что покупка состоялась буквально в паутине всевозможных доверенностей и передоверенностей, а сам А. вовсе не субъект хитроумных проделок, а — судя по его собственным словам — жертва отравления.

Мать подала в суд на признание сделки недействительной, требуя назначить А. судебно-психиатрическую экспертизу, поскольку он в тот момент не понимал, что делает. Поскольку суд в назначении экспертизы отказал, А. добился возбуждения уголовного дела в отношении жены, которая “путем обмана и злоупотребления доверием завладела принадлежавшими ему деньгами в сумме 139500 долларов США”. Вот тут-то ему и назначили экспертизу, поручив ее проведение — по ходатайству поэкспертного — Областному центру судебной психиатрии. А. проявил завидную предприимчивость и изобретательность: сам собрал все медицинские документы, кое-что добавил от себя, кое-что предпочел не показывать... Эксперты отнеслись с полным доверием к сказочке про то, как злая жена в течение года тайком подсыпала аминазин, а может даже делала инъекции. Сначала говорила, что это витамины, а потом призналась, что давала аминазин, а может и галоперидол. На суде она, конечно, все отрицала, но разве ей можно верить? Она же заинтересованное лицо! То ли дело А.? Деловой человек, занимается строительным бизнесом, судился единственный раз — по поводу переноса забора. Ну, возбудил один раз уголовное дело против жены, которое потом закрыли с формулировкой: “собранные доказательства позволяют предполагать, что в преступлении виновен А.”, ну возбудил другой раз уголовное дело против “неизвестного лица, которое в неустановленном месте приобрело медицинскую справку на имя А. и получило по ней дубликат водительского удостоверения”, а почкерковедческая экспертиза показала, что с заявлением о выдаче дубликата водительского удостоверение обращался сам А... Но это ведь все пустяки. А последнее уголовное дело еще и неизвестно чем закончится. Сказано ведь, что “в мае 2005 г., точные дата и время следствием не установлены, неизвестные лица, путем злоупотребления доверием, на протяжении одного года подсыпали А. психотропные препараты в пищу и жидкость, по-

давляя в нем волевые регуляторы, а затем использовали его подавленное состояние в целях завладеть всем принадлежащим ему имуществом,.. В результате преступных действий со стороны неизвестных лиц А. был причинен материальный ущерб в особо крупном размере на общую сумму 28.884.000 рублей”.

И эксперты Областного центра судебной психиатрии (МОЦССП) М. А. Догадина, Г. К. Дорофеенко и С. В. Трофимов решили, что у А. с конца 2004 года — начала 2005 г. развилось “*органическое расстройство личности токсического генеза с выраженными изменениями психики, достигавшими психотического уровня*”, потому он был “*неспособен понимать характер и значение своих действий и руководить ими*”. Вскоре это заключение было признано “незаконным и противоречащим требованиям УПК РФ”, однако в деле все документы остались и впоследствии другие эксперты относились к сделанным выводам с полным доверием. Это были эксперты Государственного научного центра социальной и судебной психиатрии им. Сербского. Они в одном и том же составе (Е. В. Клембовская, Н. К. Харитонова, Е. В. Королева, И. А. Козлова) провели по направлению двух разных судов две амбулаторные и две стационарные судебно-психиатрические экспертизы. И там, где никто из врачей в рассматриваемый период не удостоверял сколько-нибудь выраженной психопатологической симптоматики, не говоря уже о психотическом уровне, там, где одна из ведущих неврологических клиник страны энергично подчеркивала ятрогенную природу отмечавшихся у А. расстройств, вынесла заключение, что “*у А. имеется органическое эмоционально-лабильное расстройство в связи со смешанными заболеваниями (F 06.68)*”, и “*в связи с употреблением нескольких психоактивных веществ (F19), он не мог понимать значение своих действий и руководить ими при заключении сделки купли-продажи земельных участков и дачи от 04 августа 2005 года*”.

При этом эксперты Центра им. Сербского целиком положились на показания самого А. Спрашивается, чем же отличается их амбулаторная экспертиза от стационарной? Ведь в психическом статусе нет ни слова о поведении подэкспертного в стационаре по дневникам истории болезни и по журналу наблюдений персонала.

АКТ
исследования заключения комиссии экспертов
стационарной судебно-психиатрической
экспертизы А., 1965 г. рожд.
от 12 ноября 2008 г.

Настоящие разъяснения даны 16 января 2009 г. по запросу адвоката Ковалева Романа Николаевича на основании представленных им ксерокопий:

— заключения судебно-психиатрической комиссии экспертов от 12 ноября 2008 г. № 826 на А., проведенной в ГНЦСиСП им. В. П. Сербского,

— заключения судебно-психиатрической комиссии экспертов от 12 ноября 2008 г. № 826/б на А., проведенной в ГНЦСиСП им. В. П. Сербского,

— заключения о невозможности решения экспертных вопросов в амбулаторных условиях № 489/а от 02.06.2008 г. (ГНЦСиСП им. В. П. Сербского),

для ответа на вопрос: являются ли выводы комиссии экспертов № 826 научно обоснованными?

Заключение написано на 22 страницах, из которых 16 страниц занимает описательная часть, 1 страницу — соматический и неврологический статус, 2 страницы — психическое состояние и 1 страница — выводы и их обоснование.

Описательная часть, несмотря на крайне небрежное запутанное представление данных, диспропорцию частей и т.д., представлена достаточно для ответа на поставленные судом вопросы:

1. *Страдает ли А. психическим расстройством, если да то каким именно и с какого времени?*

2. *Мог ли он правильно понимать значение своих действий и руководить ими в период выдачи доверенности Р. 06 октября 2005 года?*

3. *Могло ли воздействие бензодиазепинов, в т.ч. феназепама, употребление которого выявлено 12 июня 2005 года в НКБ № 17 г. Москвы, оказывать влияние на способность А. отдавать отчет своим действиям и руководить ими в момент выдачи доверенности Р. от 6 октября 2005 года?*

Характерная для сделок с недвижимостью схема действий с цепочкой доверенностей, встречных исков, реальных или фиктивных обвинений, разводов и т.п. — предмет собственно юридического и разве что клинико-психологического анализа, но не психиатрического заключения. Психиатрическая квалификация осуществляется независимо от намерений подэкспертного и других связанных с ним лиц. Психопатологическая симптоматика, определяющая ответ на заданный экспертам вопрос, коренится на более глубоком и фундаментальном уровне, чем психологические переживания и намерения, включая возможные элементы агрессии и симуляции.

В представленном заключении мы сталкиваемся с явно искусственной картиной.

Во-первых, больные с диагнозом, который неоднократно, на самом высоком уровне выставлялся подэкспертному (“ятрогенный нейролептический синдром — болезнь Брейгеля: параспазм, проявляющийся блефороспазмом с орамандибулярной дистонией, синдром Паркинсона ятрогенного генеза”), ни при каких условиях не теряют способности осознавать характер своих действий и руководить ими. Они действительно могут впечатлять выразительной картиной своих подергиваний, гиперкинезов, особенностей речи, характером жалоб, но при этом нередко сохраняют способность частично усиливать или притормаживать эти проявления, а какого-либо параллелизма между их экспрессивностью, субъективной мучительностью и реальной тяжестью не существует. Это неврологические, а не *психические* расстройства, а эмоциональные переживания этих расстройств не доходят до клинически значимого для психиатра уровня. Этот тезис проф. В. Л. Голубева в ответ на адвокатский запрос фигурирует в заключении экспертов (с. 13), но игнорируется ими, хотя выражен самым решительным образом: “Этот диагноз не может влиять на психическую деятельность в плане лишения А. возможности отдавать отчет в своих действиях и руководить ими”.

Во-вторых, прием на указанном фоне неврологических расстройств феназепама, обнаруженному лабораторным методом, и даже больших нейролептиков, о чем имеются только устные заявления и некоторые косвенные данные, не ведут к потере способности понимать значение своих действий и руководить ими. Даже если допустить бесконтрольный прием этих средств самим подэкспертным, или злоумышленно целенаправленное употребление им этих препаратов, их действие ограничивается:

- возникновением паркинсоноподобных явлений типа дрожания, подергиваний, закатывания глаз, повышенного слюноотделения и т.д.;
- нарушениями мышечного тонуса по типу зубчатого колеса;
- снижением артериального давления,
- что вызывает чувство слабости, а иногда обморочные состояния;
- сонливостью.

Но все это нисколько не меняет целевые установки личности и не изменяет ее типологические особенности, которые у подэкспертного достаточно далеки от каких-либо признаков зависимого расстройства личности, легкой внушаемости, пассивности, характерологической астеничности. Тем более, что *принимаемые дозы автоматически ограничиваются способностью передвигаться* и выглядеть сносным образом при нотариальных и тому подобных прочих действиях. А эти моторные и вегетососудистые нарушения возникают раньше и выражены значительно интенсивнее, чем нарушения собственно психических функций.

В-третьих, ответ экспертов на вопрос суда находится в грубом противоречии с описанным ими сами-

ми психическим состоянием и описательной частью их экспертного заключения.

Они пишут в выводах о “нарушении эмоционально-волевых процессов (эмоциональная лабильность, снижение волевых побуждений)” и выставляют диагноз “органическое эмоционально-лабильное (астеническое) расстройство” (F 06.68), которое проявляется, прежде всего, “выраженной и постоянной эмоциональной несдержанностью или лабильностью” (стр. 65¹), про подэкспертного, который “сидит, развалившись”, “многословен, держится раскованно, свободно, с чувством собственного превосходства. Активно жестикулирует, манерен. Дистанцию в беседе соблюдает не всегда. Проявляет в разговоре инициативу, доминирует”. И т.д. Несмотря на длительную беседу, в силу собственной обстоятельности, не обнаруживает к ее концу никаких поведенческих принципов астении, истощаемости, никакой “эмоциональной несдержанности или лабильности”, а эксперты пишут об истощаемости на основании психологического заключения. Наоборот, “при экспериментально-психологическом исследовании на первый план выступает... стремление быть в центре внимания” и — самое существенное для нас — “при принятии индивидуально-значимых решений это стремление опирается на внутренний критерий”.

Эксперты пишут о “некотором снижении памяти”, “некотором снижении интеллектуально-мнемических, волевых, критических и прогностических способностей, практической ориентировки”. Это расплывчатое выражение “некоторое снижение” не имеет клинического смысла и находится в противоречии с экспериментально-психологическим исследованием, которое не выявило реальных признаков ни интеллектуального, ни мнемического снижения.

Мы видим, что выставленный экспертами диагноз “органическое эмоционально-лабильное расстройство в связи со смешанным заболеванием” (F 06.68) неадекватен, искусственно натянут, противоречит всем позициям собственного описания психического статуса.

Но и в МКБ-10 подчеркивается, что этот диагноз (F 06) является предположительным при наличии только двух из четырех факторов, как это имеет место в данном случае (стр. 51). Более того, этот диагноз не выставляется, если психические расстройства связаны с “употреблением алкоголя и других психоактивных веществ” (стр. 52). Между тем, эксперты утверждают, что “с ноября 2004 г. у А. развилось психическое расстройство в связи с употреблением нескольких психоактивных веществ (F 19)”. Этот диагноз в МКБ-10 звучит так: “Острая интоксикация, вызванная одновременным употреблением несколь-

ких наркотических средств и использованием других психоактивных веществ”. Но острые интоксикации не длиятся долго и в состоянии острой интоксикации не заключают сделок, но не по психическим, а по соматическим основаниям. Из описанных вариантов этого диагноза у подэкспертного не было ни синдрома зависимости, ни состояния абstinенции (отмены). Разве что “пагубное (с вредными последствиями) употребление” (F 19.1), но этот диагноз не ставится, если имеются психотические расстройства (F 19.5). Однако, все эти психотические расстройства — галлюцинации, бред, психомоторное возбуждение или ступор, психотический страх или экстаз, характеризуются “ясным сознанием” (стр. 102).

Ничего подобного в констатирующей части не приводится, за исключением показаний самого подэкспертного, крайне противоречивых (“безразличие к происходящему, апатия, а также сильная раздражительность, несдержанность, раздражали звуки, свет”) и нереальных: так, например, “треоения” в глазах в принципе не бывает, “стал внезапно терять сознание”, “в голове был «туман»”, “не было четкости сознания”, “все происходило как во сне”. Такого рода нагромождение разнородных характеристик не только противоречит хорошо известным типовым картинам, но оно не могло пройти незамеченным для всех, кто принимал участие в подписании каких-либо важных документов.

Мы видим, что этот ретроспективный диагноз, также неадекватен и искусственно натянут, как и первый.

Эксперты, вслед за подэкспертным, называют разнородные нарушения: “гиперкинезы” и “периодические тонико-клонические судороги”, “снижение мотивации, аспонтанность, анергию, апатию” и “периодические нарушения сознания” и “потери сознания”, смешивая острые и кратковременные и хронические расстройства и целиком полагаясь на показания подэкспертного.

Объективными являются только те данные, которые получены специалистом при непосредственном контакте с больным и письменно зафиксированы в форме консультации. Рассказ больного о том, что с ним было или бывает, это уже субъективные данные. Их расхождение с объективными свидетельствами особенно часто и сильно выражено в экспертной ситуации. То же касается и показаний свидетелей. Поэтому имеющиеся данные могут быть ранжированы в отношении своей объективности, валидности, надежности. Важно указывать каким образом получены те или иные данные, с чьих слов и т.п. При многократных переписываниях субъективные данные нередко превращаются по небрежности в объективные, приобретая принципиально другой статус. В представленном заключении эксперты неоднократно упускают это из вида. Отсюда появляется “парез мимической мускулатуры”, “эпизоды кратковременного выключения сознания с дезориентировкой в месте, времени и частично собственной личности, сопровождающиеся тонико-клоническими судорогами ко-

¹ Международная классификация болезней (10-й пересмотр), Класс V. Психические расстройства и расстройства поведения (F 00 – F 099) (адаптированный для использования в РФ). — Всемирная организация здравоохранения. Россия. Ростов-на-Дону, ЛРНЦ “Феникс”, 1999.

нечностей". Причем одни и те же сведения повторяются на соседних страницах в разных редакциях (с.с. 6 – 7), но оставляются в дальнейшем тексте без всякой квалификации, хотя их искусственность очевидна. Эти жалобы никогда не квалифицировались специалистами как проявления эпилептиформных расстройств, хотя явно были на это рассчитаны.

Приводимые экспертами данные нейропсихологического исследования, как и манера изложения собственных данных, характеризуются чисто внешним эффектом, рассчитанным на непрофессионала. Такая тирада как "результаты нейропсихологического исследования указывают на патологическое функционирование неспецифических подкорковых структур, подкорковой зоны экстрапирамидной системы, а также некоторое снижение уровня функционирования префронтальных отделов лобной доли левого полушария головного мозга", не имеет никакого содержательного отношения к ответу на заданный судом вопрос. Такая картина часто встречается и у психически здоровых людей.

Эксперты постоянно полагаются на данные самоотчета феноменологически не фундированного и маловероятного, а местами явно фантастического. Так, упоминаемое парентеральное введение аминазина не только не практикуется, а прямо противопоказано при отмечавшейся у А. симптоматике.

Более того, эксперты недопустимым образом поучаствовали в создании этой фантастической картины: они изъяли из изложения имеющихся анамnestических данных принципиально важные моменты.

Мы располагаем заключением судебно-психиатрической комиссии тех же экспертов, проведенной в тот же день за тем же номером 826, но помеченной литерой "б", тоже на 22 страницах, но отвечающим только на один вопрос: "Мог ли А. ... правильно понимать значение своих действий и руководить ими в период подписания договора купли продажи земельных участков и дачи от 04 августа 2005 г.?" Вопрос, заданный Балашихинским судом относительно психического состояния А. за два месяца до момента, интересующего настоящий суд. Тексты этих экспертиз полностью, слово в слово совпадают в описании соматического, неврологического и психического состояния, экспериментально-психологического и нейропсихологического исследований и заключения, в текст которого просто внедрены две пометки в скобках: "ответ на вопрос № 1" и "ответ на вопрос № 2, 3". Однако, в изложении анамnestических данных резко сокращено наиболее авторитетное мнение заведующего кафедрой нервных болезней ММА им. И. М. Сеченова проф. В. Л. Голубева, вступающее в противоречие с заключением невролога, на которое предполагают опираться эксперты. Изъято изложение (на стр. 8) выписки из амбулаторной карты № 1069/08, в которой указано, что А. наблюдалась в клинике нервных болезней им. А. Я. Кожевникова с 2006 года... В 2005 году в клинической картине ведущим был синдром

паркинсонизма, проявляющийся акинетико-ригидным синдромом с выраженным дрожанием в дистальных отделах рук. В выписке указано, что динамика клинических проявлений, динамика начала заболевания и трансформация описанных проявлений позволяют исключить диагноз "болезнь Паркинсона" и предположить диагноз "синдром Паркинсона ятрогенного генеза".

Таким образом, в одной из наиболее авторитетных специализированных клиник страны, на основании анализа динамики начала, течения и трансформации клинической картины отмечавшиеся у А. расстройства квалифицированы как "ятрогенный нейролептический синдром — болезнь Брейгеля: парапсазм, проявляющийся блефороспазмом с орамандибулярной дистонией" и "синдром Паркинсона ятрогенного генеза" (стр. 9 параллельного заключения). Заключение невролога экспертной комиссии: "Мультифокальная ятрогенная дистония неясного генеза. Болезнь Брейгеля. Синдром Паркинсона". Т.е., здесь не разъясняется, что и болезнь Брейгеля — это ятрогенный нейролептический синдром, и что сам синдром Паркинсона это фактически другое обозначение того же нейролептического синдрома и частично той же дистонии.

Ятрогения же определяется как расстройство, "обусловленное неосторожными высказываниями или поступками врача или медицинского персонала, неблагоприятно воздействовавшими на психику больного" (Энциклопедический словарь медицинских терминов, т. 1, стр. 385). Таким образом, отмечавшаяся у А. неврологическая симптоматика представляет резкое усиление по функциональным механизмам остаточных неглубоких проявлений перенесенной в 2004 году нейроинфекции. Эксперты же в отличие от проф. В. Л. Голубева всячески акцентируют органический и токсический моменты, хотя не являются невропатологами.

Эксперты сократили еще одно важное свидетельство, а именно консультацию психиатра 20.06.06 в клинике им. А. Я. Кожевникова, который зафиксировал, что "сознание и ориентировка нарушены не были, в контакт вступал по существу. Бреда и обманов восприятия не было...". Диагноз: "затяжное невротическое состояние со стойким депрессивным синдромом". При этом отмечена "нецелесообразность применения антидепрессантов, а предложено лечение психотерапевтическими методами" (стр. 7 параллельной экспертизы). Здесь важно знать, что "невротическое" означает "непсихотическое".

Наконец, эксперты изъяли еще одно важное свидетельство, имевшееся в параллельной экспертизе (стр. 14). А именно, заключение СПЭК МОЦСП № 1371 от 19.06.2007 г. (дело № 2-496/08, т. 1, л.д. 225-243), которое хотя и было признано незаконным (л.д. 331-334), но имело место и чрезвычайно показательно. "Комиссия пришла к заключению, что у А. ... с конца 2004 — начала 2005 г. развилось органическое расстройство личности токсического генеза

с выраженными изменениями психики, достигавшими психотического уровня. Поэтому А. в юридически значимый период 2004 – 2005 гг. не мог понимать значения своих действий и руководить ими. Психотропные вещества оказали существенное влияние на его психическое состояние, что лишило его способности понимать характер и значение своих действий и руководить ими. На момент обследования А. из психотического состояния вышел, у него обнаруживается органическое расстройство личности токсического генеза в виде церебрастенических жалоб, при сохранности мышления, интеллектуальных способностей, критики и отсутствия какой-либо психопатологической симптоматики, что не лишает его способности правильно воспринимать и оценивать обстоятельства, имеющие значение для дела". Такое заключение, даже независимо от отсутствия материалов уголовного дела, медицинской документации на имя А. и показаний свидетелей, — так как достаточно было самого подэкспертного, — является настолько беспардонно безграмотным, что обнаруживает свой заказной характер.

Диагноз "органического расстройства личности" больше ни разу не выносился, так как ему решительно противоречат данные всех неоднократно проводившихся экспериментально-психологических исследований. Но в разбираемом заключении эксперты пришли к тем же выводам, что в только что процитированном и дезавуированном, опираясь на другой, также несостоятельный диагноз: "органическое эмоционально-лабильное расстройство в связи со смешанными заболеваниями" (F 06.68). Диагноз, который — как мы показали — не только не имеет к подэкспертному никакого отношения, но не имеет отношения и к неспособности понимать значение своих действий и руководить ими.

Наконец, ни одна из известных психотических картин у подэкспертного не отмечалась, и никаких достоверных сведений об этом не приводится.

Таким образом, заключение экспертов в отношении квалификации психического состояния А.,

1965 г. рожд., как на момент проведения экспертизы, так и на интересующий суд период, не выдерживает элементарной критики: оно грубо противоречит данным собственной описательной части, оно основывается на показаниях самого подэкспертного, и не отдает предпочтения профессиональным данным, полученным при непосредственном клинико-психопатологическом и экспериментально-психологическом исследовании.

Ответы экспертов на все три вопроса суда являются научно-несостоятельными, противоречащими описательной части данных ими экспертных заключений.

1. Квалификация отмечавшихся в интересующий суд период психических расстройств как "органического эмоционально-лабильного расстройства в связи со смешанным характером заболевания" (F 06.68) противоречит критериям этого расстройства в МКБ-10, и такой диагноз никогда прежде не выставлялся.

2. Из представленных экспертами данных с достаточной полнотой и ясностью видно, что отмечавшиеся у А., 1965 г. рожд., неврологические и соматические расстройства никогда не приводят к неспособности осознавать характер своих действий и руководить ими, а отмеченные психические расстройства никогда не достигали и не могли достичь ни психотического уровня, ни такого уровня психической несостоятельности, когда бы — в интересующий суд период, как и любой другой, — А. не понимал значение своих действий и не мог руководить ими.

3. Дача бензодиазепинов, в том числе феназепама, даже если бы он был обнаружен в интересующий суд период 6 октября 2005 г., а не за четыре месяца до этого (12 июня 2005 г.) никак не могло повлиять на способность А. правильно понимать значение своих действий и руководить ими в момент выдачи доверенности Р.

Ю. С. Савенко

П.С. Я выступил на судебном заседании, ответил на вопросы, в том числе самого А., который вел себя активно-наступательно, выходил из зала, что-то нашептывал свидетелю своей стороны в куртке службы охраны, категорически возражал против новой экспертизы, против приобщения к делу нашего мнения, ссылаясь на свою вторую группу инвалидности и т.д. А спустя неделю главному врачу больницы, где я работаю, позвонили: "Какое право имел выступать в суде от имени больницы Ваш врач?". Спустя еще неделю к главному врачу явилась молодая женщина, представившаяся журналистом, сотрудником журнала "Мир безопасности". Вызвали меня. "Вы берете деньги за заключения? 30 тысяч, не глядя, и будет заключение? Что угодно?" Тут же выясняется, что номера телефонов и фамилии не имеют никакого отношения к нашей Ассоциации. "Вы же не государственная организация? У Вас есть лицензия? Вам нельзя было поручать. Не имеете права — я юрист". И т.д. и т.п. Все обличало в ней юридическую неграмотность и авантюрную прыть. Заказав мне статью, которую она якобы разместит в "Комсомольской правде", она больше не объявлялась. Выяснилось, что Издательский дом и журнал "Мир безопасности" занимается посредническими услугами, рекламируя охранную технику... Такая попытка диффамации еще не худшее. Нас недавно вызывали ложной повесткой в Самарский суд, но об этом в другой раз. Мы привыкли ко всякого рода напраслине.

СУДЕБНАЯ ПСИХИАТРИЯ

Обзор журнала Американской академии психиатрии и права, том 36, № 4, 2008 г.

В номере две редакционные статьи.

Название первой из них — в сущности, призыв: **“Большинство психиатрических коек не должно присваиваться судебной системой”**. J. Bloom, B. Krishnan и C. Lockey, на примере штата Орегон, показывают один из результатов начавшегося в США в конце 1950-х годов и продолжающегося до настоящего времени агрессивного сокращения коекного фонда в психиатрических больницах штатов (с 339 коек на 100 000 населения в 1955 г. до 22/100 000 в 2000 г.), а именно — превращение финансируемых штатами ПБ в учреждения, работающие исключительно для нужд судебной системы, в “судебные”, как их называют авторы, больницы. Так, по данным на 13 июля 2007 г. “фактически все пациенты в оставшихся [в Орегоне] двух психиатрических больницах штата были “судебными (28 % — недобровольная госпитализация, 72 % — принудительное лечение). Что касается небольших психиатрических отделений муниципальных больниц, то, по приводимым авторам сведениям за 2005 г., 70 % пациентов находились там на основании судебного решения о недобровольной госпитализации (67 % — неотложная недобровольная госпитализация и 3 % — “плановая”) и лишь 30 % — добровольно. При этом, госпитализированные в порядке неотложной недобровольной госпитализации проводили в стационаре в среднем 10,7 дня, “плановой” недобровольной госпитализации — 35,5, а “добровольные” пациенты — 7,3 дня. “Сегодня, — пишут авторы, — мы, кажется, смирились с фактом, что многие психически больные будут и далее вовлекаться в систему уголовного судопроизводства, и больницы штатов должны будут и далее выделять значительное число коек для использования судами. Кроме того, юстиция решила в большей степени полагаться на саму себя и на создание своих собственных учреждений для лечения психически больных правонарушителей. Эта уверенность в своих силах демонстрируется увеличивающимся числом психиатрических стационаров в пенитенциарной системе и созданием психиатрических судов для правонарушителей, оставляемых на свободе. Без хорошо продуманного и твердого государственного плана... который попытается восстановить жизнеспособную и адекватно финансируемую систему

му психического здоровья... движение в направлении криминализации будет продолжаться”.

Вторая редакционная статья называется **“Использование DSM-диагнозов парафилий при недобровольной госпитализации сексуальных хищников”**. Авторы (M. First и R. Halon) отмечают, что в 1990 г. в штате Вашингтон был принят первый в США закон о сексуальных хищниках, согласно которому заключенные, отбывающие наказание за совершение преступлений, связанных с проявлением сексуального насилия и подпадающие под определение “сексуальные хищники” (sexually violent predators), по окончании срока наказания могут быть госпитализированы в недобровольном порядке в психиатрические учреждения. Сексуальный хищник определен в законе как “человек, признанный виновным в преступлении, связанном с проявлением сексуального насилия и обнаруживающий психические нарушения или расстройство личности, которые побуждают его с высокой вероятностью совершать хищнические акты сексуального насилия”. В большинстве подобных законов (к настоящему времени приняты в 19 штатах) “психическое нарушение” (mental abnormality) определяется как “врожденное или приобретенное состояние, которое нарушает эмоциональную сферу или волевые способности, предрасполагая человека к совершению сексуальных преступлений”. Авторы, цитируя решение Верховного Суда США в деле Kansas v. Hendricks (1997) и DSM-IV-TR, обращают внимание на разницу в понимании терминов “психическая болезнь” и “психическое расстройство” юристами и врачами. Определяя подобные термины для целей права, юристы с необходимостью инкорпорируют в свои формулировки способность человека нести ответственность за свои поступки или выполнять те или иные юридически значимые действия, т.е. вводят правовые категории, относительно которых психиатр-эксперт, являясь представителем медицинской профессии, не может свидетельствовать в качестве эксперта, не выходя за пределы своей компетенции. Поэтому, как полагают авторы, в делах о недобровольной госпитализации сексуальных хищников роль психиатра-эксперта должна ограничиваться констатацией наличия или отсутствия признаков какого-либо психического расстройства, включенного в DSM-IV-TR, решение же вопро-

са о том, как выявленное психиатром “медицинское” психическое расстройство соотносится с “психическим расстройством” закона о сексуальных хищниках, или, так сказать, “юридическим” психическим расстройством, находится в компетенции жюри присяжных или судьи (если суд без присяжных). Авторы утверждают, что, хотя из всех включенных в DSM-IV-TR психических расстройств некоторые парапафилии в наибольшей степени соответствуют психической патологии, обозначенной в законах о сексуальных хищниках, “ни одна из них не несет в себе требуемого предрасположения к воплощению сексуальных фантазий и побуждений в действие”, и сам по себе факт наличия у конкретного правонарушителя парапафильического расстройства не доказывает наличия у данного правонарушителя волевых нарушений. “Важно понять, — продолжают они, — что диагноз парапафилии не подразумевает наличие у человека трудностей в контроле своего поведения... Хотя это справедливо, что некоторые лица с парапафилией испытывают затруднения в контроле связанного с ним поведения, многие [таких затруднений] не имеют. Как и при большинстве психических расстройств, тяжесть парапафилии у различных индивидуумов может резко различаться. Для некоторых парапафильические побуждения, возникающие во время сексуальных фантазий, являются эго-дистоническими и вызывают резко выраженные чувства стыда и вины. Другие могут коллекционировать тематически связанные с их парапафильскими желаниями порнографические материалы, которые они затем используют в качестве сексуальных стимулов при мастурбации. Третьи могут пересекать границу между воображением и поведением, реализуя свои фантазии или побуждения в действиях в отношении других, однако, только в тех ситуациях, где они имеют легкий доступ к потенциальным жертвам (например, человек, чьи развратные действия в отношении детей не выходят за пределы членов семьи). В наиболее тяжелых случаях речь может идти о человеке, посвятившем свою жизнь соблазнению намеченных жертв и не пытающемся контролировать свое поведение. Всем этим лицам мог быть установлен DSM-IV-диагноз парапафилии, но только у некоторых могли быть затруднения в контроле своего поведения в результате парапафилии”.

Авторы предлагают следующий алгоритм:

- (1) доказать наличие у испытуемого парапафилии;
- (2) доказать, что преступление является прямым следствием данной парапафилии;
- (3) доказать наличие волевых нарушений.

Вместе с тем, они обращают внимание на отсутствие надежных инструментов, с помощью которых можно было бы измерить нарушение способности человека контролировать свое поведение. Признавая, что очень трудно, если вообще возможно, отличить тех, кто действительно обнаруживает волевые нарушения, от тех, кто сделал выбор в пользу нарушения

закона, авторы рекомендуют эксперту информировать суд о невозможности с необходимой для суда степенью точности ответить на подобный вопрос. “Мы рекомендуем предоставлять судье или жюри столько объективной информации о рассматривающихся психиатрических диагнозах, сколько имеем, но воздерживаться от заключения о том, соответствует ли упомянутая информация правовым критериям. Решение о соответствии предоставленной экспертом информации правовым критериям, должны принимать жюри присяжных или судья, так же как они выносят окончательное решение о том, достаточны ли представленные им психиатрические доказательства для установления невменяемости или способности [обвиняемого] помогать [своему адвокату] в осуществлении защиты”.

Статья сопровождается двумя комментариями, второй из которых (автор — T. Zander), кроме прочего, дает возможность читателю проследить историю продолжающихся с начала 1980-х гг. (и пока что неудачных) попыток введения в DSM в качестве отдельной диагностической категории “парапафильского изнасилования” (rape paraphilia) или парапафильского коэрцитивного расстройства (paraphilic coercive disorder -PCD). По мнению сторонников нозологической самостоятельности PCD, основное его отличие от уже имеющегося в DSM-IV-TR сексуального садизма (sexual sadism) состоит в том, что если в первом случае источником сексуального возбуждения является принудительный характер сексуального акта, то во втором — психологические или физические страдания жертвы. Противники выделения парапафильского коэрцитивного расстройства указывают на отсутствие научных исследований, подтверждающих возможность надежной и убедительной его диагностики.

Раздел “Регулярные статьи” открывается объемной публикацией зам. главного редактора Журнала M. Norko “**Отношение католического вероучения и медицины к смертной казни: точки соприкосновения и пространство для диалога**” и двумя комментариями к ней.

Далее следует статья, на которой хочу остановиться подробнее. Называется она “**Распознавание лжи с помощью функциональной магнитно-резонансной томографии: слишком хорошо, чтобы быть правдой?**” (Functional MRI Lie Detection: Too Good to be True?). Автор — J. Simpson — преподаватель психиатрии в медицинской школе университета Южной Калифорнии в Лос-Анджелесе. “Поскольку, — как замечает автор, — люди могут быть очень искусны во лжи и, в целом, гораздо менее искусны в ее распознавании, они на протяжении десятилетий пытаются создать объективные научные методы определения правдивости”. До настоящего времени наиболее широко распространенным объективным методом оценки правдивости остается полиграф. Метод основыва-

ется на факте, что акт лжи может вызывать возбуждение вегетативной нервной системы. Изменения в уровне возбуждения ВНС распознаются с помощью изменения частоты пульса, дыхания, кровяного давления и уровня потоотделения (кожно-гальваническая реакция или электро-дермальная активность). Надежность и точность результатов полиграфического исследования до сих пор остается предметом дискуссий. По данным автора, оценки существенно расходятся (50 – 95 %), с показателем чувствительности метода около 75 % и специфичности — примерно 65 %. Относительно низкая степень точности результатов является главной причиной того, что данные полиграфического исследования, как правило, не допускаются американскими судами в качестве доказательства по делу. Последние 6 лет активно развивался новый способ распознавания лжи, способ, основывающийся не на регистрации реакций ВНС, но на измерении церебрального кровотока с помощью функциональной магнитно-резонансной томографии (ФМРТ). Когда какой-то регион мозга повышает свою активность, приток крови туда возрастает. Это физиологическое изменение может распознаваться с помощью ФМРТ. В отличие от других функциональных методов нейровизуализации, таких как позитронная эмиссионная томография (ПЭТ), или однофотонная эмиссионная компьютерная томография (ОЭКТ), ФМРТ выявляет лишь относительные изменения величины кровотока, и требует сравнения между двумя состояниями или задачами. В то же время ФМРТ распознает изменения сигнала гораздо быстрее (одна-две секунды), чем ПЭТ или ОЭКТ. Начиная с первой публикации в 2001 г., к настоящему времени появилось еще несколько статей, подтверждающих наличие разницы в кровотоке в различных частях мозга в эксперименте, когда испытуемые были инструктированы говорить неправду в одних обстоятельствах и правду в других. Экспериментальные задачи включали ложь в ситуации принудительного выбора (отвечать “да”, понимая, что правильный ответ “нет”, и наоборот), спонтанную ложь, заученную ложь, симуляцию нарушений памяти. В одном из исследований (Kozel, et al., 2005) сообщалось о распознавании неправдивых ответов в 93 % случаев, в других — 90 %, при этом было показано, что определенные участки префронтальной области и передней цингулярной извилины в большей степени активировались при ложных ответах, чем при правильных. Spence, et al. (2004) следующим образом объясняют феномен: “Лжец вынужден делать, по крайней мере, две вещи одновременно. Он должен создавать некоторое количество новой информации (ложь) и в то же время утаивать фактическую информацию (правду)...правдивый ответ составляет исходные данные или “преобладающий ответ”... Мы могли бы, поэтому, предположить, что обман требует некоторой дополнительной когнитивной обработки, т.е. вовле-

чения исполнительной префронтальной системы (в большей степени, чем при правдивом ответе)”. Однако, несмотря на полученные интригующие результаты, вопрос, насколько хорошо метод будет работать в реальных жизненных ситуациях, остается открытым. Как отмечает автор, в лабораторных условиях у всех субъектов исследований были заранее исключены какие-либо неврологические и психические заболевания, а также признаки зависимости от наркотических веществ и алкоголя. Поскольку метод полагается, по крайней мере частично, на выявление процесса подавления конкурирующих ответов, Grafton, et al. (2006), например, обратили внимание на то обстоятельство, что конкурирующие ответы могут быть не только один — ложный, другой — правдивый, но и оба правдивыми: “Когда обвиняемые дают показания, они подавляют свою естественную тенденцию “выболтать” все, что знают. Они осмотрительны в отношении того, что они говорят. Многие из них также подавляют выражение гнева и негодования в отношении предъявляемых обвинений. Подавление естественных тенденций не является надежным индикатором лжи в условиях судебного разбирательства”. Кроме того, до настоящего времени неизвестно влияние заранее подготовленных и хорошо заученных намеренно ложных ответов (в исследованиях, о которых идет речь, на это давались лишь минуты). Ganis, et al. (2003) показали различия в активации определенных участков мозга при спонтанной и заученной лжи. Однако если человек проводит недели или месяцы, практикуясь в фабрикации, подобно тому, как это делают агенты разведывательных служб, готовясь войти в образ другого человека, будет ли подавление конкурирующих ответов оставаться достаточно выраженным? Ответа пока что нет.

По мнению автора, при бреде, амнестических расстройствах с конфабуляциями, соматоформных расстройствах, *pseudologia fantastica*, и других состояниях, где субъективный опыт человека расходится с объективной реальностью, ФМРТ вряд ли выявит обман. Подобные нерешенные вопросы наводят на мысль, что потенциальное использование ФМРТ для распознавания лжи может быть достаточно ограниченным. В частности, как отмечает автор, сегодняшнее состояние знаний в области функциональной нейровизуализации не соответствует тесту Daubert — правовому стандарту, которым в настоящее время руководствуется большинство американских судов при решении вопроса о допуске научной информации в качестве доказательства (Daubert-тест требует проверки метода в практических условиях и публикации результатов в научных рецензируемых журналах, наличия данных о коэффициенте ошибок и стандартах использования метода, а также общепризнанности метода научным сообществом). Автор отмечает также, что пока неясно, может ли применяться к ФМРТ распознаванию лжи принятый в 1998 г. феде-

ральный закон, фактически запрещающий использование полиграфа вне организаций, отвечающих за вопросы обеспечения государственной безопасности. Кроме того, возможность применения ФМРТ в немедицинских целях поднимает вопросы о праве человека на "тайну своих мыслей", и необходимости создания правовой защиты от попыток государства "читать мысли" своих граждан.

Хотя ко времени написания статьи (2008 г.) автор не располагал сведениями об использовании данных ФМРТ-распознавания лжи в качестве доказательства в судах или практическом применении метода, у него нет сомнений, что такие попытки будут предприняты в самом близком будущем; более того, первый шаг в этом направлении уже сделан: в 2006 г. были созданы две коммерческих фирмы (No Lie MRI, Inc. и Cephos Corporation), основная цель которых — широкое внедрение метода в практику.

Статья сопровождается двумя комментариями, в одном из которых (авторы — D. Langleben и F. Dattilio) не исключается возможность появления новой дисциплины — судебной магнитно-резонансной томографии.

Далее в разделе находим публикацию "**Судебная оценка сомнительного использования интернета**" (Forensic Evaluation of Problematic Internet Use), в которой автор (Patricia Recupero — действующий президент Американской академии психиатрии и права) рассматривает в качестве "сомнительного" или "проблематичного" широкий спектр активности пользователя: от участия в электронных аукционах, веб-чатах, просмотра порнографических сайтов в рабочее время со своего рабочего компьютера до попыток сексуального совращения малолетних через интернет, запугивания и травли подростками своих сверстников, размещения в блогах различного рода угроз, призывов к совершению криминальных актов, террористической активности и пр. Хотя, как отмечает автор, "сомнительная активность в интернете" может иметь место везде, где к нему есть доступ, подобные действия на рабочем месте или в школе наиболее часто привлекают внимание и могут стать поводом для судебного разбирательства. Пример — гражданское дело по иску бывшего сотрудника IBM, уволенного компанией за использование рабочего компьютера в рабочее время для участия в порнографическом интернет-чате. Истец утверждал, что IBM, решив уволить его, подвергла его дискриминации по признаку наличия психической патологии и настаивал, что общение в порно-чате помогало ему бороться с болезнью (ПТСР), уменьшая выраженность патологической симптоматики. Автор отмечает, что большая часть публикаций по теме фокусируется на вопросе: можно ли и следует ли рассматривать сомнительное или чрезмерное использование интернета как пристрастие, расстройство контроля побуждений, или компульсивное поведение? Кратко обсуждая каждую

из альтернатив, Dr. Recupero призывает коллег быть внимательными и осторожными при использовании ярлыков типа "пристрастие к интернету", "интернет-зависимость", "компульсивное использование интернета" или "неспецифическое расстройства контроля побуждений". Не следует также упускать из виду, что в ряде случаев интернет-зависимость может быть лишь фасадом, скрывающим серьезную психическую патологию.

Оставшиеся две статьи раздела посвящены вопросам **выяснения уровня согласия экспертов относительно наличия у испытуемого психического расстройства и квалификации такого расстройства** (Авторы — психиатры из Австралии M. Large и O. Nielssen) и **восстановления способности представать перед судом** в штате Индиана (D. Morris и J. Parker).

Раздел "Анализ и комментарии" открывается статьей C. Wills "**CHESS-метод формулировки судебно-психиатрического заключения: стремление устраниТЬ предвзятость**". Для устранения необъективности экспертных оценок и повышения убедительности экспертных заключений предлагается использовать алгоритм, названный автором, "CHESS" (по-русски — "шахматы"):

- (1) сформулировать предварительное заключение (Claim);
- (2) установить иерархию поддерживающих его доказательств (Hierarchy);
- (3) выявить слабые стороны доказательств посредством обсуждения (Exposure);
- (4) возвратиться к предварительному заключению и проанализировать его с учетом полученной в результате обсуждения информации (Studying);
- (5) сформулировать окончательное заключение (Synthesizing).

Взяв первые буквы этих пяти английских слов, получаем CHESS — название метода.

Во второй статье раздела рассматривается интересный вопрос: **как психиатру, выступающему в суде в качестве эксперта, следует реагировать на попытки адвоката противоположной стороны создать**, как пишут авторы (профессор психологии в университете штата Алабама S. Brodsky и частнопрактикующий психолог P. Heller), "**идеальный фантом**" (perfect phantom). На перекрестном допросе эксперту нередко задаются вопросы, подобные следующим: "И подсудимый, и его брат, оба воспитывались в той же семье, в той же среде, учились в той же школе, однако последний стал успешным бизнесменом и счастливым семьянином, тогда как первый — тем, кто он есть. Почему?" Или, почему многие люди подвергавшиеся тем же стрессам, что и подсудимый, в отличие от него, не убивали своих жен? Или, как это бывает в делах о возмещении вреда при психической травме в результате сексуальных приставаний к женщине на рабочем месте: "Миллионы женщин подвергались прикосновениям с сексуальными намере-

ниями со стороны работодателей, друзей, сокурсников и, тем не менее, жили нормальной жизнью, хорошо жили и преуспевали, не так ли?”. То есть, как отмечают авторы, адвокат противоположной стороны создает “идеальный фантом” — воображаемых или реально существующих людей, которые, несмотря на жизненные трудности и стрессы, не только не совершали каких-либо правонарушений, но являются примерами для других. Авторы полагают, что отвечая на подобного рода вопросы, эксперт может обратиться к концепции “выносливой личности”. Описанная Maddi и Kobasa (1991) “выносливая личность” (hardy personality) характеризуется наличием глубокого внутреннего убеждения в своей способности эффективно действовать в условиях стресса. Человек с подобным типом личности рассматривает стресс как вызов, с которым он обязан справиться. Bregman (2006) показал, что выносливая личность, проходя через тяжелые жизненные испытания, демонстрирует “посттравматический рост”. Внутреннее ощущение уверенности в своих силах и способность к самоконтролю у выносливой личности связаны с организационной эффективностью и одобряемой обществом гражданской позицией. Таким образом, когда эксперта спрашивают, почему родственник или сослуживец обвиняемого, находясь в ситуации, подобной той, в которой находился обвиняемый, не проявлял тех же патологических реакций на стресс, что и обвиняемый, есть смысл показать отсутствие у обвиняемого, в отличие от “идеального фантома”, характеристик выносливой личности. В то же время, как указывают авторы, поскольку поведение “идеального фантома” никогда не описывается его создателем в рамках определенной ситуации, эксперту следует также отметить, что почти для каждого человека существует та специфическая ситуация, в которой он начинает реагировать на стресс патологически, а потому, внимательно изучив жизнь “идеального фантома”, профессионалы могли бы указать на периоды, где у него обнаруживались симптомы и признаки дезадаптивного поведения. По мнению авторов, полезной при ответах на вопросы “идеального фантома” может оказаться также и следующая тактика: эксперту следует уверенно заявить, что, выступая в суде качестве эксперта, он может говорить лишь о психическом состоянии и поведении того человека, которого он лично обследовал и информацию о котором анализировал: “ Я не могу говорить о поведении некоего человека, но я, несомненно, могу говорить о поведении Mr. Smith, с кем я провел многие часы”.

В этом же разделе помещена статья A. Preti — альянкт-профессора психиатрии в University of Cagliari, Италия: “Стрельба в учебном заведении, как навязанный культурой способ выражения суицидальных враждебных намерений” (School Shooting as a Culturally Enforced Way of Expressing Suicidal Hostile Intentions). По данным автора в литературе имеются

сведения о 44 эпизодах стрельбы в учебных заведениях в США (1966 – 2008 гг.), 7 — в Канаде (1975 – 2008 гг.), 7 — в Европе (1989 – 2008 гг.) и по одному в Аргентине, Индии, Австралии, Йемене и Филиппинах (1997 – 2008 гг.), при этом у большинства стрелявших обнаруживались суицидальные намерения. Совершившие подобные преступления молодые люди или подростки нередко характеризовались как нелюдимые, плохо интегрированные в жизнь учебного заведения. Они более чем в два раза чаще, чем их одноклассники, становились объектами угроз и запугиваний со стороны сверстников. Автор ссылается на исследование S. Verlingen, M. Hersen, J. Thomas (2000), согласно которому “восстановление справедливости” было основным мотивом действий стрелявших, часто испытывавших чувство гнева в отношении тех, с чьей стороны они подвергались насмешкам и оскорблением и в отношении кого они искали возможность мести. В большинстве случаев их действия не были импульсивными. Они заранее записывали свои видео-обращения, нередко размещали их в интернете, что, по мнению автора, свидетельствует о желании объяснить свои поступки. Разрабатывая план убийства с последующим самоубийством, они часто делились деталями со своими знакомыми или друзьями, которые, обычно, не предпринимали никаких действий либо потому, что считали угрозы несерьезными, либо потому, что испытывали чувство расстерянности и не знали к кому обратиться за помощью. Как полагает автор, отмечающееся в течение последнего десятилетия учащение случаев стрельбы в учебных заведениях с последующим самоубийством или попыткой самоубийства стрелявших может быть связано с сорусат — механизмом (“сорусат” — дословно “кошачья имитация” — параллель с поведением котят, обучающихся навыкам посредством имитации). Сорусат- преступления следуют за жестокими преступлениями, получившими широкое, с оттенком сенсационности, освещение в средствах массовой информации (A. Cohen, 1999); сорусат — суициды — за суицидами знаменитостей (D. Philips, 1974). Исследователями феномена неоднократно выражалось обоснованное беспокойство, что налет сенсационности в сообщениях СМИ о жестоких насилиственных преступлениях и суицидах служит катализатором копирования жестокости. По мнению автора, предупреждение подобного рода преступлений напрямую зависит от принятия средствами массовой информации четких руководящих принципов, которым необходимо следовать в сообщениях о жестоких преступлениях. Преступник не должен героизироваться. Но он не должен и демонизироваться — демонизация для молодежи, причисляющей себя к контруктуре, — та же героизация. Как отмечает автор, методы убийства никогда не должны подробно описываться, в репортаже о событии необходимо делать акцент на обстоятельствах, которые могли предотвратить насилие.

В оставшихся двух статьях раздела рассматриваются вытекающие из решения Верховного Суда США в *Indiana v. Edwards* (2008) вопросы, относящиеся к **способности обвиняемого с психическим расстройством представлять себя в суде без помощи адвоката** (авторы — D. Morris и R. Frierson), а также комментируется подготовленное в 2008 г. Американской академией психиатрии и права **практическое руководство по судебно-психиатрической оценке нарушения трудоспособности в результате психического расстройства** (автор комментария — M. Weber).

В разделе “Размышления” находим публикацию Reena Karoog. Автор — начинающий психиатр и начинающий преподаватель психиатрии в Йельском университете, анализирует свои чувства и мысли, возникающие в процессе психотерапевтической работы

с ее первым судебно-психиатрическим пациентом. Изящная тонкость описания рождающихся и угасающих сложных переживаний временами заставляет вспомнить К. Д. Бальмонта. Добавьте чистоту, свежесть восприятия и несомненную способность к творческой интроспекции и рефлексии. Департамент психиатрии медицинской школы Йельского университета можно поздравить с обретением талантливого “пишущего” преподавателя — психиатра.

В правовом дайджесте журнала анализируются наиболее важные, с точки зрения судебной психиатрии, недавние решения американских судов.

Разделы “Книжное обозрение” и “Письма к редактору” завершают номер.

B. B. Мотов

VIII СИМПОЗИУМ
ПО БИОЛОГИЧЕСКИМ
И ФАРМАКОЛОГИЧЕСКИМ АСПЕКТАМ
ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

22 – 26 июня 2009 г., Гавана

E-mail: anasar@infomed.sld.cu

ОТКЛИКИ

Проблема стерилизации недееспособных

Поднятая правозащитниками буря возмущения по поводу стерилизации недееспособных женщин, проживающих в Пермском психоневрологическом институте актуализировала проблему, которая далеко не проста и не однозначна.

Конечно, лицемерно общество, которое называет такую процедуру “добровольной”, ссылаясь на решение опекуна как юридическую норму, исчерпывающую эту проблему.

Здесь можно одинаково ярко живописать и лишение конкретного человека — все еще человека! — его основополагающего, наряду с правом на жизнь, права на потомство, и даже подчас пресечение последней линии целого рода, и расторможенное гиперсексуальное поведение с его многообразными негативными последствиями.

Антисихиатры игнорируют существование давно тщательно отработанного правового регулирования этой проблемы. Однако к ней полезно вновь и вновь возвращаться.

Дело в том, что мы постоянно обнаруживаем, что в расхожем обывательском сознании и даже у известного числа наших коллег, проблема стерилизации психически больных покоятся на прямолинейных генетически неграмотных представлениях, что доминируют упрощенные социал-дарвинистские схемы.

Здесь следует, по крайней мере, помнить уроки истории последнего столетия. В 1924 году в США был принят закон об ограничении иммиграции представителей “низших рас”. До 1933 года евгеническое движение на Западе, прежде всего в США, развивалось изолированно от генетики и не принималось ведущими генетиками. Оно дало основание принятию закона о принудительной стерилизации в большинстве штатов США (за исключением 12 штатов). Аналогичные законы были приняты во всех скандинавских странах и в нацистской Германии. Отечественная евгеника с самого начала (с 1920-х гг.) выступала в русле генетики, опираясь не на математические, а на лаборатор-

ные и полевые исследования, и также как и англо-американская реформистская евгеника никогда не делала расистских выводов, под предлогом которых, тем не менее, была уничтожена.

В 1930 году Герберт Дженнингс четко показал, что только один из 10 слабоумных в каждом поколении рождается от слабоумных родителей, или 9 из 10 детей с психическими наследственными заболеваниями были потомками здоровых родителей. Уже в 1932 году был сделан вывод, что применение методов животноводства к человечеству принесло бы успех только через тысячу лет. Как сформулировал Н. В. Тимофеев-Ресовский, отбор может проводить существо высшее по отношению к отбираемым — для человека это Бог (В. Бабков. “Заря генетики человека” — М., 2008). Опыт нацистской Германии, где от стерилизации перешли к уничтожению 300 тысяч психически больных, показал бессмыслицу этой чудовищной акции: все обычные пропорции генетических расстройств в населении тотчас восстановились.

Помимо этого общего основания современная научная медицина предоставляет возможность медико-генетической консультации, позволяющей дать достаточно надежный прогноз степени риска по каждому конкретному вопросу в каждом конкретном случае.

Вот почему распространенное на Западе усыновление детей “неполноценных” родителей, изумляющее у нас многих, не чревато значительным риском. Наоборот, оно не элиминирует из оборота, не обрекает на уничтожение множество нереализованных возможностей, не сужает генетического разнообразия.

Другим основанием стерилизации служит реалистичный прогноз судьбы таких новорожденных, возможности полноценной заботы о них, по крайне мере, в первые три года жизни, когда все вредности впечатываются как врожденные факторы, что в состоянии обеспечить и действительно обеспечивает то или иное общество.

Права инвалидов с психическими расстройствами (поездка в ПНИ Самарской области)

21 – 24 декабря 2008 г. комиссия специалистов НПА России в составе Ю. С. Савенко, Л. Н. Виноградовой и Е. И. Цымбала¹ по поручению Уполномоченного по правам человека в Российской Федерации В. П. Лукина посетила Похвистневский молодежный пансионат для инвалидов Самарской области. К Уполномоченному поступили обращения четырех молодых людей, проживающих в этом пансионате, в которых они просили помочь им получить образование, овладеть профессией (плотника, продавца и т.п.), дать возможность принимать участие в решение своей судьбы.

Истории очень типичные. Неблагополучные семьи, родители, лишенные родительских прав, — дети попадают в детский дом. Перед зачислением в школу — обследование психолого-медицинско-педагогической комиссией: может ли обучаться в обычной школе или необходима психокоррекционная? Или вообще “не обучаем”? Короткая беседа, и один получает диагноз “выраженная дебильность”, а трое других — “имbecильность”, и, соответственно, лишаются возможности получить образование. По достижении 18 лет, когда необходимо решать их дальнейшую судьбу, все четверо проходят судебно-психиатрическую экспертизу и признаются недееспособными. Опять короткая беседа, вопросы, направленные на выяснение интеллектуального уровня подэкспертных и их осведомленности в социальной жизни. И хотя эксперты уже не находят ни у одного из них имbecильности, на этот раз это лишь “легкая интеллектуальная недостаточность”, однако их вердикт ставит крест на дальнейшей самостоятельной жизни молодых людей: “в связи с несформированностью социальных навыков и невозможностью самостоятельного социального функционирования нуждается в установлении опеки”. Спрашивается, откуда у них могут быть сформированные социальные навыки? И в то же время, куда делась тяжелая умственная недостаточность?

Ответы на эти вопросы предстояло выяснить комиссии. Кроме того, предполагалось разработать рекомендации по изменению системы обучения и социализации детей-сирот с психическими расстройствами.

Предварительное изучение представленных документов (*переписка Аппарата Уполномоченного по правам человека в Российской Федерации с министерствами и прокуратурой Самарской области, Справка по результатам мониторинга домов-интернатов Самарской области и др.*), показало, что ситуация с соблюдением прав детей-инвалидов и инва-

лидов с детства с умственной отсталостью и нарушениями психического развития, проживающих в интернатных учреждениях Самарской области, крайне неудовлетворительна. Нарушается их конституционное право на образование, имеются необоснованные решения судов о признании граждан недееспособными, отсутствуют индивидуальные реабилитационные программы и мн. др.

Надо отметить, что дети, оставшиеся без попечения родителей, и дети-сироты с нарушениями психического развития и умственной отсталостью являются одной из самых незащищенных категорий населения. Они находятся в полной зависимости от добросовестности и профессиональной квалификации своих законных представителей, обычно — руководителей интернатных учреждений, в которых они проживают. Именно эти руководители, используя заключения психолого-медицинско-педагогической комиссии, решают вопрос о переводе таких детей в коррекционные учреждения VIII типа и в дома интернаты системы социальной защиты, что определяет их дальнейшую судьбу. При этом интересы опекунов и опекаемых часто не совпадают.

У комиссии была возможность изучить решения суда о признании обратившихся к Уполномоченному молодых людей недееспособными, несколько заключений психолого-медицинско-педагогической комиссии (ПМПК) и несколько характеристик.

Решения суда отличались чрезвычайной краткостью изложения ситуации, ограниченностью круга использованных доказательств и полным отсутствием исследования этих доказательств. Это тот случай, когда решения о недееспособности выносились заочно — ни один из четырех не принимал участие в судебном заседании, не было заслушано ни одного свидетеля. В основу судебных решений положены заключения судебно-психиатрической экспертизы, ходатайство администрации пансионата и заключения областной психолого-медицинско-педагогической комиссии. Ни в одном случае не была проведена комплексная психолого-психиатрическая экспертиза, которая могла бы дифференцировать нарушения, связанные с психическим расстройством, и обусловленные неадекватными условиями социализации. Психологи к проведению экспертизы не привлекались, мышление подэкспертных не изучалось, IQ не проверялся. Имеющееся ограничение навыков социального функционирования сразу повлекло за собой вывод о глубине умственной отсталости. Роль неадекватных условий развития не учитывалась.

Можно было отметить также внутреннюю противоречивость экспертных заключений. В 3 случаях

¹ Е. И. Цымбал — детский психиатр, директор Московского центра медико-социального сопровождения, к.м.н.

Л. Н. Виноградова

из четырех психиатры диагностировали легкую степень умственной отсталости, однако пришли к выводу, что данное лицо не способно понимать значение своих действий и руководить ими, и нуждается в установлении опеки. Свое решение они обосновывали “глубоким снижением критичности”, “несформированностью критических и прогностических функций”, “неспособностью к независимому социальному функционированию”. Между тем, согласно принятой в настоящее время в России международной классификации болезней 10-ого пересмотра, “у лиц с легкой степенью умственной отсталости поведенческие, эмоциональные и социальные нарушения и возникающая в связи с ними потребность в терапии и поддержке гораздо больше напоминают проблемы у людей с нормальным уровнем интеллектуальности, нежели специфические проблемы у лиц с умеренной и тяжелой степенями умственной отсталости”. При правильно организованном обучении, направленном на развитие социальных навыков и проявление компенсаторных возможностей, такие лица успешно осваивают простейшие профессии, включая неквалифицированный и полуквалифицированный ручной труд, умеют самостоятельно себя обслуживать и способны к самостоятельному проживанию в благоприятной социальной среде. При отсутствии сопутствующих психических расстройств и выраженных нарушений поведения они **не подпадают под понятие недееспособности**.

Это подтвердила и беседа с молодыми людьми. Они не строили несбыточных планов, понимали, что в настоящее время не могут проживать самостоятельно. Лишь один из них выразил горячее нежелание оставаться в данном учреждении. Дело в том, что в Сергиевском пансионате, где он проживал ранее, у него была возможность иметь самостоятельный заработок, оказывая услуги населению (что не практикуется в Похвистневском пансионате). Кроме того, он оказался разлучен с девушкой, с которой у него возникли личные отношения.

Оценка психического состояния молодых людей показала, что лишь у одного из четырех имелась умеренная степень умственной отсталости. Он не умеет читать и писать, и в 20 лет обучается по программе 1-ого класса для лиц с глубокой умственной отсталостью. У него же отмечались наиболее тяжелые неврологические нарушения — последствия ДЦП — он может передвигаться только в коляске.

Еще у одного из осмотренных воспитанника пансионата отмечались выраженные эмоциональные нарушения в виде эмоциональной лабильности и вспыльчивости, которые в сочетании с интеллектуальной недостаточностью могли ограничивать его способность к самостояльному функционированию и требовали назначения адекватной терапии. Однако, по словам врача-психиатра, такая терапия не осуществляется в связи с нежеланием молодого человека при-

нимать психотропные препараты. — Трогательное внимание к пожеланиям недееспособных! Между тем, в случае удачной коррекции эмоциональных нарушений психотропными препаратами можно ставить вопрос о возможности самостоятельного проживания этого молодого человека. У двух других воспитанников имелась легкая умственная отсталость, которая сама по себе не могла служить основанием для назначения инвалидности и признания их недееспособными.

Комиссия пришла к выводу, что глубокая социальная дезадаптация этих трех молодых людей в значительной мере связана с условиями их проживания, сначала в коррекционных образовательных учреждениях, а затем в **домах-интернатах органов социального обеспечения**, где они были изолированы и от возможности получения в полном объеме образования, и от приобретения элементарного жизненного опыта, необходимого для социализации личности. Указанные учреждения в качестве основной цели видят уход за своими подопечными, а не развитие имеющихся у них задатков, максимально возможную адаптацию к жизни в социуме.

Таков и Похвистневский молодежный пансионат для инвалидов. В качестве трудовой деятельности, помимо хозяйственных работ (уборки, помохи плотнику, уходу за тяжело больными) его обитателям предлагаются занятия в мастерских по “вышивке” и изготовление бумажных поделок. Приобрести профессию, дающую стабильный заработок, необходимый для самостоятельного проживания, молодые люди не могут. Социальные контакты крайне ограничены: молодые люди не посещают магазины, не знают цен, не имеют возможности приобретать такие необходимые социальные навыки, как приготовление пищи, ремонт одежды и т.п. Ни один из обследованных нами не знал, сколько денег находится на его личном счете, не имел возможности планировать их расходование. Индивидуально-реабилитационные программы, со слов представителей пансионата, ограничиваются приобретением колясок, корсетов, памперсов, но не предусматривают мер по активной социализации и обучению. По данным прокуратуры Самарской области, 57 инвалидов Похвистневского пансионата не имеют индивидуальных реабилитационных программ. Причем обращений опекуна в Министерство образования и науки и в Министерство здравоохранения и социального развития Самарской области по этому поводу не поступало.

Обучение, организованное в Похвистневском пансионате, **ориентировано только на глубоко умственно отсталых, а общий распорядок дня — на лиц с выраженным дефектом и детей** (пансионат недавно перепрофилирован в молодежный из детского). Взрослые люди не имеют никакого осмысленного занятия, и такое праздное времяпровождение не способствует социализации.

Права инвалидов с психическими расстройствами (поездка в ПНИ Самарской области)

Сложившаяся ситуация связана с недостаточной защищенностью прав умственно отсталых лиц из числа сирот и детей, оставшихся без попечения родителей. Попав в закрытое детское учреждение, они оказываются в полной власти его администрации. При возникновении конфликтов или трудностей в обучении детей — а эти трудности могут быть связаны не только с психическими расстройствами, но и с крайне неблагоприятной средой, в которой они ранее воспитывались, — администрация коррекционных интернатных учреждений направляет их в областной диагностический центр для решения вопроса о возможности дальнейшего обучения. Судя по формулировкам заключений **областной психолого-педагогической комиссии**, ее специалисты, **во-первых**, часто **переоценивают тяжесть имеющихся психических расстройств, а во-вторых, не учитывают социальную ситуацию развития** (длительная эмоциональная депривация в результате проживания в асоциальной среде).

Такая позиция ОПМПК приводит к тому, что **социально запущенные дети, дети с нарушениями поведения**, которые при создании необходимых условий могли бы обучаться и успешно социализироваться, попадают в учреждения социального обслуживания. Здесь они лишаются не только возможностей обучаться, но и взаимодействовать с окружающим миром, усваивать навыки, необходимые для самостоятельной жизни, и — как мы увидели — к 18 – 20 годам при относительно сохранном интеллекте, оказываются настолько глубоко социально дезаптатированными, что самостоятельно проживать не в состоянии.

В связи с этим считаем целесообразным, чтобы дети указанной категории до **ОПМПК проходили стационарное обследование в детском отделении Областной клинической психиатрической больницы**, где для этого имеются соответствующие условия. (Предварительная договоренность об этом была достигнута во время посещения Самарской ОКПБ 23 декабря 2008 г.). Обследование квалифицированными психиатрами и психологами, динамическое наблюдение за ребенком позволит избежать диагностических ошибок, играющих роковую роль в судьбе детей-сирот. Кроме того, целесообразно каждые 1 – 2 года проживания детей в социальных учреждениях проводить им комплексное психолого-психиатрическое обследование независимыми специалистами с целью решения вопроса о целесообразности дальнейшего пребывания в данном учреждении.

В существенном пересмотре нуждаются также условия пребывания обитателей молодежных пансионатов. Необходимо:

1) Диверсифицировать режим в зависимости от физического состояния, снижения интеллекта и выраженности психических расстройств;

- 2) Организовать обучение по программам как коррекционных образовательных учреждений VIII вида, так и лиц с глубокой умственной отсталостью;
- 3) Обеспечить начальное профессиональное обучение простейшим профессиям: плотник, маляр, строительный рабочий и т.п.;
- 4) Активно формировать социальные навыки (учебу планированию трат, покупкам в магазинах, навыкам приготовления пищи, стирки, самообслуживания);
- 5) Обеспечить возможность труда за плату;
- 6) Расширить возможности социальных контактов вне стен учреждения (спортивные игры со смешанными командами, концерты, праздничные вечера, воскресные школы, церковь);
- 7) Обеспечить максимально возможный учет пожеланий воспитанников;
- 8) Организовать мастерские для труда и адекватную полу и возрасту трудотерапию, бригады по обслуживанию здания: оплачиваемый труд вместо бесплатной помощи персоналу;
- 9) Разработать коррекционные программы для различных групп инвалидов, проживающих в пансионатах, обеспечить им максимальную занятость и через постепенное увеличение объема коррекционных мероприятий добиться полезной насыщенной жизни.

Рекомендуется также внимательно отнести к переосвидетельствованию инвалидов, проживающих в Похвистневском молодежном пансионате. Необходимо разработать для них индивидуальные реабилитационные программы, направленные на развитие и расширение социальных навыков, приобретение элементарных профессиональных навыков, и — в случае успешного их осуществления — решать вопрос о восстановлении дееспособности с предварительным обследованием в независимом учреждении.

Однако решить эти задачи по изменению ситуации невозможно без специального обучения сотрудников пансионата, без изменения их отношения к людям, проживающим в пансионате. Министерство социальной защиты должно организовать специальные образовательные семинары, помимо регулярной переподготовки.

Целесообразно также обратить внимание Уполномоченного по правам человека и ребенка Самарской области на особые нужды этой категории граждан, проживающих в социальных учреждениях. Обеспечить соблюдение их прав можно только в сотрудничестве всех заинтересованных ведомств, с опорой на опыт других регионов и неправительственных организаций, работающих в данной области. Хорошим примером здесь может служить работа Уполномоченного по правам человека Пермского края Татьяны Марголиной, которая постоянно контролирует соблюдение прав воспитанников интернатных учреждений и приучила их сотрудников нормально реагировать на такие проверки.

Л. Н. Виноградова

К сожалению, в Самарской области ситуация совсем другая. При посещении Похвистневского пансионата для инвалидов **члены комиссии столкнулись с негативным отношением к проверке обращений к Уполномоченному по правам человека и откровенным нежеланием сотрудничать.** Помимо директора интерната Н. В. Жуковой и врача-психиатра пансионата Т. Н. Десятниковой на встрече присутствовали два представителя Министерства социальной защиты (И. П. Сорокина и Д. С. Буторин) и представитель Министерства здравоохранения главный врач Самарского ПНД Г. Г. Фурсов. Членам комиссии пришлось долго доказывать необходимость и правомерность **проверки**, которая фактически так и **не была проведена в полной мере:** члены комиссии не получили возможность осмотреть пансионат, встретиться с другими его обитателями, познакомиться с медицинской документацией, — то есть сделать все то, что доверял им Уполномоченный по правам человека в Российской Федерации. Директор и врач-психиатр пансионата категорически **отказались предоставить** членам комиссии **возможность побеседовать с молодыми людьми**, обратившимися к Уполномоченному по правам человека в РФ, **наедине**, и беседа происходила в присутствии опекуна (директора пансионата), врача-психиатра, и трех приехавших представителей областных ведомств. В результате, с каждым из молодых людей беседовали сразу 8 человек (!). Конечно, это не способствовало доверительной атмосфере и откровенности.

Приятным контрастом было посещение Самарской областной психиатрической больницы. Главный врач Михаил Соломонович Шейфер и его сотрудники, для которых наш визит был совершенно неожиданным, проявили большую заинтересованность в независимой оценке того, что делается в больнице, обнаружили осведомленность и интерес к последним решениям Европейского суда по делу Штукатурова, касающемуся прав граждан, признанных недееспособными, проблемам экспертной деятельности и многому другому. Нам предоставили возможность посетить все отделения, которые мы хотели, побеседовать

с врачами и персоналом. Больница, только что отметившая свое 120-летие, превратилась в современный лечебный и реабилитационный центр, пациенты которого чувствуют на себе заботу врачей, психологов, социальных работников и других специалистов, и возвращаются к нормальной жизни быстрее, чем где бы то ни было. Здесь их не только лечат, но и организуют их досуг, устраивают экскурсии, проводят вечера, праздники. А ведь пациенты находятся в больнице совсем недолго, в среднем — чуть больше месяца, обитатели психоневрологических интернатов проводят в этих учреждениях, как правило, всю жизнь.

Д-р М. С. Шейфер, как выяснилось, провел СПЭ и Кате Тимочкиной из того же Похвистневского пансионата, драматическая история которой накануне нашей поездки и после нее прогремела по первому каналу телевидения. Катя была обнаружена усилиями большого энтузиаста, председателя общественной организации “Даун-синдром” С. А. Колоскова. Вместе с ним мы (Л. Н. Виноградова, Н. В. Спиридонова, Ю. С. Савенко) посетили Катю в Москве, где она проходила курс реабилитации. Как и СПЭК д-ра Шейфера, мы не обнаружили признаков даже легкого интеллектуального снижения. Наоборот, клиническая беседа, а также исследование наиболее объективным методом — тестом Роршаха показали незаурядные интеллектуальные способности Кати на фоне школьной неграмотности, а также способность живого творческого общения с посторонними, гибко и с юмором. Она набросилась на серьезные книги. Родившись с ДЦП и оставленная сразу после рождения в детском доме, она стала живым примером того, как вопреки ошибочной диагностике интеллектуальной недостаточности и педагогической запущенности можно отстоять себя в инвалидной коляске. Телепередачу увидела тетя Кати и взяла ее к себе. Пока это только отпуск, потому что формально Катя по-прежнему во власти своего опекуна — Похвинстневского пансионата.

Л. Н. Виноградова

История Кати Тимочкиной

Весной 2008 г. получила драматическое развитие история сироты-инвалида с ДЦП Кати Тимочкиной, которую, несмотря на сохранный интеллект, лишили дееспособности и поместили в психоневрологический интернат. Помочь молодой девушке удалось лишь благодаря беспрецедентной кампании в ее защиту, в которой принял участие Уполномоченный по правам человека в РФ, депутат Госдумы О. Смолина, Общественная Палата, газета "Известия", Первый канал телевидения, организация родителей детей-инвалидов МООИ «Общество "Даун Синдром"», НКО "Отказники", другие общественные организации и волонтеры.

В детском интернате

Впервые судьба Кати Тимочкиной привлекла внимание общественности и Уполномоченного по правам человека в РФ в 2006 г. в ходе мониторинга положения детей-инвалидов, который проводили члены Экспертного совета Уполномоченного, МООИ «Общество "Даун Синдром"» и Самарское «Общество "Даун Синдром"».

В это время Катя находилась в отделении для лежачих “необучаемых” детей в Самарском доме-интернате для детей с глубокой умственной отсталостью, куда она была помещена в возрасте 6 лет в связи с отсутствием в Самарской области образовательных интернатов для сирот “колясочников”. Кате было 16 лет, она была сирота, страдала детским церебральным параличом и не могла ходить. Катя имела сохранный интеллект: умела и любила читать, у нее было несколько книг, знала наизусть стихи Блока, здраво и логично рассуждала, грамотно сюрила предложения.

В Катином личном деле есть характеристика, сделанная, когда ей было 7 лет: “Из-за своего основного заболевания не ходит, девочка внешне опрятна, приветлива, легко вступает в общение, речь тихая, ..., все цвета различает, ..., задает много вопросов, любознательна, знает геометрические фигуры, ..., хорошо читает стихи, быстро их заучивает, память хорошая, ..., по ночам много плачет, ..., медикаменты помогают мало...”.

Катя с детства была лишена основных прав ребенка и прав инвалида — образования и реабилитации: она не училась в школе, не проходила обследования и не получала лечения по своему заболеванию, у нее не было индивидуальной программы реабилитации инвалида, санаторно-курортного лечения, кресла-коляски с ручным управлением, безбарьерной среды в детском интернате, где она проживала.

Жизнь Кати проходила на втором этаже здания интерната в тесной спальной комнате (кровати стояли вплотную) на 8 – 10 детей, в которой вместе находились мальчики и девочки. Катя, как и другие дети, крайне редко покидала эту комнату — в отделении “для лежачих” нет помещения для игр; она месяцами не бывала на свежем воздухе, поскольку в здании отсутствуют лифт и пандусы. Для спуска лежачих детей

на первый этаж привлекались психически больные, но физически крепкие подростки, проживающие в интернате. Один из них уронил Катю при переноске с лестницы, до сих пор она временами чувствует боль.

Катя, как и другие дети в интернате, была обречена на пожизненное “бесправие” и проживание в закрытых учреждениях.

Представители Минздравсоцразвития Самарской области заверили члена Экспертного совета Уполномоченного С. Колоскова и представителей общественности, что будут приняты все необходимые меры для восстановления прав Кати и других детей в интернате.

При повторном мониторинге весной 2008 г. выяснилось, что ситуация с Катей не изменилась, более того по достижении 18 лет ее лишили дееспособности. Представители Минздравсоцразвития Самарской области снова заверили члена Экспертного совета Уполномоченного и представителей общественности, что будут приняты все необходимые меры для восстановления прав Кати.

На этот раз дело Кати Экспертный совет Уполномоченного и общественность взяли под особый контроль, с нею была установлена мобильная связь, для чего ей был подарен мобильный телефон. Была привлечена Прокуратура Самарской области, которая выявила нарушения прав Кати и других сирот-инвалидов в интернатах Минздравсоцразвития Самарской области, в том числе было выявлено, что при лишении дееспособности Кати и других сирот-инвалидов были допущены процессуальные нарушения.

В интернате для взрослых

Несмотря на это, в июне 2008 г. Катя против ее воли была переведена из Самары в г. Похвистнево в интернат для психически больных. Здесь она испытывала постоянный стресс. Катю поместили в спальной комнате с 10 “девочками” с психическими и интеллектуальными нарушениями, не страдающими нарушениями опорно-двигательного аппарата. Она подвергалась насилию со стороны “девочек”, поскольку была физически беспомощна и не могла уклониться от нападения. “Девочки” сломали ее мобильный теле-

C. A. Колосков

фон, разорвали телефонную книжку, оскорбляли Катю из-за ее физических нарушений.

В интернате отсутствует безбарьерная среда, к уходу за Катей — к перемещению ее в помещении и на участке интерната, к проведению гигиенических процедур привлекались обитатели интерната — ее уронили на пол, при этом ей ушибли больные ноги, ее “обожгли” горячей водой и т.д.

Катя была вынуждена подчиняться правилам интерната, установленным для психически больных людей: жить в переполненной палате, гулять вместе со всеми в установленном для прогулок месте, ложиться спать в 21.00, спать днем в течение двух часов.

Катя — вегетарианка, однако администрация Похвистневского пансионата не могла и не хотела это учитывать, вследствие чего Катя фактически голодала. Как лишенная дееспособности, она не могла пользоваться своими денежными средствами, покупать себе необходимые продукты.

Дееспособность Кати

По настоятельной просьбе члена Экспертного совета Уполномоченного Сергея Колоскова летом 2008 г. дирекция интерната обратилась в Похвистневский районный суд с заявлением о восстановлении дееспособности Кати.

Была проведена стационарная судебно-психологическая экспертиза Кати в Самарской областной психиатрической больнице, которая заключила, что Тимочкина не страдает психическим расстройством и в опеке не нуждается.

Судебное разбирательство состоялось 29 октября 2008 г. Оно было проведено максимально закрыто, причем не только для общественности и журналистов — в зал не были допущены Самарский Уполномоченный по правам человека и представители федерального Уполномоченного. О том, что Катя может руководить своими действиями и понимает их последствия, заявляли все свидетели, допрошенные в суде — не менее 8 человек персонала интерната. Но суд в восстановлении дееспособности Кати отказал.

Катя не может обжаловать решение суда, поскольку сама юридически недееспособна, а от ее адвоката суд требует доверенности опекуна — администрации ее психоневрологического интерната, которая такую доверенность не дает, и обжаловать решение суда не собирается.

В декабре 2008 г. Катя попыталась с помощью адвокатов самостоятельно направить кассационную жалобу, однако ее жалоба судом не была принята, а отказанное определение суда было направлено не адвокату Кати, а в администрацию интерната, что практически лишает Катю возможности обжаловать этот отказ.

Реабилитация

В августе 2008 г. по просьбе депутата ГД РФ О. Смолина Московские власти дали Кате направление в Центр реабилитации для инвалидов с тяжелыми формами ДЦП (в Царицыно). Но Минздравсоцразвития Самарской области в течение пяти месяцев отказывалось отпускать Катю в реабилитационный центр под разными предлогами, сначала ссылаясь на ее недееспособность, потом на то, что у них нет ее письменного заявления, в то время как Катя из-за отсутствия реабилитации не могла держать ручку. Затем министерство, не спрашивая Катю, хотело направить ее на операцию связок ног в Самарской областной больнице, что якобы могло уменьшить их спasticity, и “загипсовать” на два месяца.

Но все-таки 19 ноября 2008 Катю Тимочкину привезли в Москву для 2-х месячного курса реабилитации. В то же время интернат прислал факсограмму о том, что Кате запрещается покидать территорию реабилитационного центра. То есть Кате было запрещено познакомиться с Москвой, даже увидеть Царицынский парк!

Катя с трудом привыкала к жизни в Центре. Вокруг нее были те, кто с детства регулярно проходят реабилитацию, живут в семьях, учатся или учились. Катя жила в одной комнате со своей ровесницей, которая, несмотря на подобный диагноз, была студенткой педагогического университета — будущим психологом.

Кате выдали коляску с ручным приводом, она научилась сама перемещаться по комнате, по этажу, научилась мыть за собой посуду, стирать свои вещи. Ей назначили процедуры, лечение. Иногда это было болезненно, часто — трудно. Ортопед центра сообщил, что у Кати при усердных занятиях и дополнительной медицинской помощи есть возможность восстановить одну ногу и в будущем она сможет даже ходить на костылях. Ортопед также рекомендовал Кате по окончании реабилитации в Центре поехать в санаторий для закрепления результатов реабилитации.

Катя ежедневно занималась с педагогом. Она старалась. В Центре все с Катей были очень дружелюбны. У Кати талант — “завоевывать” сердца. Сотрудники и друзья газеты “Известия” подарили Кате ноутбук, ее навещали волонтеры-друзья, учили пользоваться ноутбуком и выходить в Интернет.

По особому разрешению замминистра Самарской соци защиты Ханжина, волонтеры возили Катю в Пушкинский музей, в церковь, в кафе.

Рождественское чудо

25 декабря 2008 программа “Время” в 21.00 показала сюжет в защиту прав Кати. 30 декабря 2008 у Кати нашлась двоюродная тетя! Она увидела Катю в

программе Время и решила пригласить Катю жить к себе!!!

2 января 2009 Катина тетя Светлана со своей дочерью, ровесницей Кати приехали в Москву. Они прошли в Москве десять дней. Ежедневно навещали Катю, проводили с ней целый день, занимались, чтобы Катя освоила самые необходимые знания. По распоряжению соцзащиты Самары им было запрещено выходить с Катей из помещения реабилитационного центра, даже на прогулку по территории. 7 января 2009 отмечали Катин день рождения — ей исполнилось 19 лет, — ее первый настоящий день рождения — торт со свечками, угощение, подарки, гости, поздравления. 19 января 2009 Катина тетя при поддержке Уполномоченного г. Самары, Аппарата Уполномоченного по правам человека в РФ получила разрешение от опеки Похвистнева взять Катю в отпуск на 1

месяц. 23 января 2009 Катя вместе с тетей поехала домой к тете в Удмуртию.

Образование

По просьбе депутата ГД РФ О. Смолина Московский департамент образования зачислил Катю в московскую Интернет школу. Занятия в школе проходят по Интернету — это и видео интернет конференции, и самостоятельное выполнение заданий.

Родственники провели для Кати выделенную интернет линию, купили необходимое оборудование — принтер, сканер, вебкамеру.

Катя придает исключительное значение учебе, она очень старается, много времени проводит за занятиями.

C. A. Колосков

ИСПАНСКОЕ ОБЩЕСТВО ПСИХИАТРИИ И ПРАВА

II ТЕМАТИЧЕСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ

ПО СУДЕБНОЙ ПСИХИАТРИИ

И ПСИХИАТРИИ И ПРАВУ

16 – 20 июня 2009 г., Мадрид

E-mail: forensicpsychiatry2009@gmail.com

ИЗ ПРАКТИКИ

Комплексное обследование призывников при военно-психиатрической экспертизе

А. Э. Мелик-Пашаян¹

Военная служба на современном этапе характеризуется повышенными информационными нагрузками, высоким психо-эмоциональным напряжением. Это обуславливает необходимость совершенствования мероприятий медицинского контроля за состоянием здоровья призывников и военнослужащих и их профессиональной работоспособностью, разработки способов психологической коррекции и реабилитации лиц для предупреждения возникновения нервно-психических расстройств и психосоматических заболеваний.

Однако в литературе нет достаточно данных о психической патологии этого контингента, ее распространенности, структуре психических расстройств. И так как юноши допризывного и призывного возраста по многим причинам не обращаются в психиатрические учреждения, то именно военно-врачебные экспертные комиссии в состоянии решить весьма важную задачу выявления лиц с психической патологией в данной популяции. Поэтому выявление психических расстройств у лиц, призываемых к воинской службе, особенно актуально в аспекте профилактики правонарушений в армии.

В армии юноши оказываются в особых социально-психологических условиях, к которым не все могут адаптироваться по состоянию своего психического здоровья. Как показывает ряд исследований, психические заболевания являются основанием для признания негодными к военной службе и причиной увольнения из армии около 40 % призывников и солдат (Палатов С. Ю., 1999, Golombok H., Marton P., Stein B., Korenblum M., 1986;). По данным Государственной статистики Российской Федерации (1993) расчет число лиц с психическими нарушениями, которые имеют проблемы при призывае на воинскую службу. В Армении подобных исследований нет. В единственной работе А. В. Казаряна (1997) по изучению статистики всех заболеваний у военнослужащих отмечено, что большое место среди психических расстройств занимают олигофрения и эпилепсия.

Таким образом, ложится большая ответственность на военно-врачебные комиссии по исследованию психического здоровья призывников. Однако только клиническое обследование за короткий промежуток времени не всегда может представить полные данные об их психическом здоровье.

Поэтому для совершенствования экспертной работы психиатрических комиссий существенное значение имеют вопросы не только клинической диагностики психических расстройств, но и определения личностных особенностей обследуемых. А это, в свою очередь, позволит прогнозировать их поведение и межличностные отношения в период службы в армии. Следовательно, полноценные данные об этом контингенте могут быть получены не только по результатам клинико-психопатологического исследования, но и при применении психодиагностических методик. Клинико-психопатологическое обследование призывников достаточно определенно позволяет выявить наличие болезни, установить клинический диагноз и тем самым исключить из призыва психически больных лиц.

Однако нужно выявлять и учитывать и личностные особенности даже в большей степени у тех, кто призывается и должен служить в армии. Учет этих особенностей необходим для определения пригодности к несению службы в тех или иных родах войск, для установления определенных ограничений, для предотвращения развития состояний дезадаптации в период службы, в частности в первые шесть месяцев у новобранцев, что отмечено и в литературе, при формировании характера межличностных отношений и предотвращения противоправных действий и правонарушений.

При психиатрической экспертизе должны учитываться установки и направленность свидетельствуемого, его интра- и экстравертированность, поэтому справедливо и обоснованно сближение вопросов врачебной и психологической экспертизы призывников и военнослужащих. В этом аспекте прогностическая экспертиза делает еще шаг вперед, она может быть решающей в предвидении особенностей дальнейшей военной службы свидетельствуемого. Благодаря пра-

¹ Кафедра психиатрии Ереванского государственного медицинского университета имени М. Гераци.

Комплексное обследование призывников при военно-психиатрической экспертизе

Среднеарифметические показатели факторов Ф1 – Ф3 в % и их стандартное отклонение (σ) в диагностических группах

Факторы	$n = 147$					
	Органическое психическое расстройство $n = 12$	Расстройства личности $n = 28$	Умственная отсталость $n = 10$	Невротические расстройства $n = 15$	Психически здоровые, акцентуация характера $n = 37$	Психически здоровые $n = 45$
Ф1	36,46 σ 28,31	35,04 σ 22,33	41,25 σ 25,38	32,08 σ 23,13	25,51 σ 19,95	31,94 σ 19,27
Ф2	60,67 σ 17,09	64,95 σ 21,43	50 σ 15,8	52,71 σ 20,49	58,68 σ 21,43	61,32 σ 17,31
Ф3	35,07 σ 23,40	37,82 σ 19,2	25 σ 20,97	29,72 σ 26,11	38,50 σ 25,14	31,30 σ 19,49

вильному пониманию психологического склада личности и правильному личностному подходу можно избежать многих нарушений на службе.

Цель настоящего исследования — изучение нозологической структуры психических расстройств у призывников, которые направляются на психиатрическую экспертизу военкоматами Республики Армении, а также определение их личностных особенностей. Учет личностной характеристики будет способствовать как уточнению диагноза, так и решению вопросов адаптации юношей к условиям службы в армии.

Материал и методы исследования: клинико-психопатологическим методом и с использованием цветового теста Люшера (ЦТЛ) обследовано 147 призывников в возрасте 17 – 22 лет. Все они мужского пола, направлены на экспертизу в республиканский центр психического здоровья “Норк”. С целью сбора информации нами разработана карта, в которой отражены социально-демографические, эпидемиологические², клинические и диагностические аспекты психических расстройств. Диагнозы представлены в соответствии с МКБ-9 с соотнесением с МКБ-10. Проведенная статистическая и математическая обработка позволила определить достоверность по критерию Стьюдента.

Психологическое тестирование проводилось с использованием ЦТЛ. Изучались следующие факторы: Ф1 — фактор нестабильности выбора (высокая готовность к эмоциональной дезорганизации); Ф2 — фактор отклонения от аутогенной нормы (АТ — норма — это состояние нервно-психического благополучия); Ф3 — фактор тревожности. **Результаты:** С учетом клинической картины выявленные психические расстройства распределены в три группы: психозы — 2 %, непсихотические психические расстройства — 18,9 %, умственная отсталость — 39,5 %. Наибольший процент составляет умственная отсталость, затем следуют непсихотические психические расстройства, на третьем месте — психозы.

В обследованной популяции призывников выделена также группа лиц с акцентуацией характера и психически здоровые — 39,6 %.

Анализ нозологических диагнозов свидетельствует о том, что первое место занимает олигофрения — 39,6 %, затем следуют психопатия — 8,7 %, органическое поражение ЦНС — 4,9 %, неврозы — 3,5 %, педагогическая запущенность — 1,8 %, патологическое развитие личности — 1,2 %, психический инфантилизм — 1,2 %, психозы разной этиологии — 1,0 %, шизофрения — 0,9 %, невротическое развитие личности — 0,4 %, маниакально-депрессивный психоз — 0,1 %, сомнамбулизм — 0,1 %, психически здоровы, в том числе с акцентуацией характера — 39,6 %.

Цветовой тест Люшера, применяющийся как метод цветовой психодиагностики, позволяет охарактеризовать особенности нервно-психического реагирования человека (Базыма Б. А. 2005). Его исследования, выявившие диагностическое значение цветовых выборов, привлекли внимание многих психологов и врачей (Базыма Б. А. 2001; Филимоненко Ю. И. Юрьев А. И.; Нестеренко В. М., 1982; Walneiffer H., 1985 и др.).

Петренко В. Ф., Кучеренко В. В. (1988), Шварц Л. А. (1948) выявили изменение цветовой чувствительности также в зависимости от эмоционального состояния, а именно: при положительных эмоциях повышалась чувствительность к красному и желтому цветам, понижалась к синему и зеленому, при отрицательных эмоциях — наоборот. Этими и рядом других исследований была установлена взаимосвязь цвета и эмоции, взаимосвязь между цветовыми предпочтениями и характером человека.

Изучение отношения к цвету при различных психических заболеваниях, по данным ряда авторов, подтверждает тесную взаимосвязь цвета и психического состояния человека. Эта взаимосвязь изучена при шизофрении, биполярном психозе, алкоголизме, эпилепсии, депрессиях, неврозах, органическом поражении ЦНС, при соматических заболеваниях.

Данные проведенного нами психологического тестирования с применением ЦТЛ представлены в таблице.

² Результаты эпидемиологического исследования в настоящей работе не представлены.

Как видно из таблицы, фактор нестабильности выбора (Φ_1) наиболее высок при умственной отсталости — 41,25 % ($\sigma = 25,38$), при органических психических расстройствах — 36,46 % ($\sigma = 28,31$), при расстройствах личности — 35,04 % ($\sigma = 22,33$), при невротических расстройствах — 32,08 % ($\sigma = 23,05$), при акцентуациях характера — 25,51 % ($\sigma = 19,95$). Наиболее низок он в группе психически здоровых — 31,94 % ($\sigma = 19,27$).

Фактор отклонения от АТ-нормы (Φ_2) наиболее высок у лиц с акцентуацией характера — 58,68 % ($\sigma = 21,43$); у лиц с расстройствами личности — 64,95 % ($\sigma = 20,39$), органическими психическими расстройствами — 60,67 % ($\sigma = 17,09$), у лиц с неврозами и психически здоровых он составляет соответственно 52,71 % при $\sigma = 20,49$ и 61,32 % $\sigma = 17,31$, при умственной отсталости он низок и составляет 50 % ($\sigma = 15,8$).

Коэффициент тревожности (Φ_3), при органических психических расстройствах составил 35,07 % ($\sigma = 23,40$); при расстройствах личности — 37,82 % ($\sigma = 19,2$); при умственной отсталости — 25 % ($\sigma = 20,97$); при неврозах — 29,72 % ($\sigma = 26,11$); у акцентуированных личностей — 38,50 % ($\sigma = 25,14$), у психически здоровых — 31,30 % ($\sigma = 19,49$).

Таким образом, изучая готовность к дезорганизации поведения при эмоциональной нагрузке по тесту Люшера, что проявляется нестабильностью выбора цветов (Φ_1), надо подчеркнуть, что наиболее высокая готовность к дезорганизации поведения отмечается у лиц с умственной отсталостью. У психически здоровых лиц, причем с акцентуацией характера, она ниже, чем в остальных группах. По данному показателю, у лиц с психическими расстройствами непсихотического характера отмечается по сравнению со здоровыми, достоверно высокая готовность к дезорганизации поведения при эмоциональных нагрузках.

Фактор отклонения от аутогенной нормы (Φ_2) свидетельствует о степени возникающей нервно-психической напряженности в каждой данной ситуации.

Этот показатель свидетельствует о том, что в данной ситуации (нахождение в психиатрической боль-

нице) нервно — психическая напряженность (т.е. дискомфорт) наиболее высокая у психически здоровых лиц, и в частности, с акцентуацией характера, у лиц же с психическими расстройствами она понижается и ниже всех отмечается при умственной отсталости.

И, наконец, Φ_3 (фактор тервожности) наиболее высок у лиц с акцентуацией характера (38,5 %), далее показатель постепенно снижается. Как видно из таблицы, и этот фактор (тревожность) ниже всех при умственной отсталости и наиболее высок у психически здоровых.

ВЫВОДЫ

1. Отклонение от АТ-нормы приводит к повышению тревожности, что сопровождается понижением работоспособности.
2. Наиболее выраженное отклонение от АТ-нормы наблюдается в группах с акцентуацией характера и с расстройствами личности.
3. Реакция на эмоциональную нагрузку в виде дезорганизации поведения особенно выражена в группе с умственной отсталостью.

ЛИТЕРАТУРА

1. Базыма Б. А. Цвет и психика. Монография. Харьков, 2001, 90 с.
2. Государственный доклад “О состоянии здоровья населения Российской Федерации в 1993 г.” // Здравоохранение РФ, 1995, 1:7 – 15.
3. Люшер М. Сигналы личности: ролевые игры и их мотивы, Воронеж, 1993.
4. Палатов С. Ю. Психические расстройства у призывников и солдат (клинико-эпидемиологическое исследование). // Жур. невр. и псих. С. С. Корсакова, 1999, № 8, с. 16 – 20.
5. Петренко В. Ф., Кучеренко В. В. Взаимосвязь эмоций и цвета. // Вестник МГУ, сер. 14 “Психология”, 1988, № 1, с. 70 – 82.
6. Филимоненко Ю. И., Юрьев А. И., Нестеренко В. М. Экспресс-методика для оценки эффективности аутотренинга и прогноза успешности деятельности человека // Личность и деятельность, Вып. 11, Л., 1982, с. 52 – 57.
7. Golombok H., Marton P., Stain B., Korenblum M. J. Am Acad Child Psychiat // 1986, 25:5, 697 – 703.
8. Walneiffer H. Stress and autogenes Training // Therapiewoche, 1985.

ХРОНИКА

XIV Консторумские чтения

19 декабря 2008 года в Москве в Наркологическом диспансере № 1 состоялась XIV ежегодная научно-практическая конференция “Консторумские чтения”. Тема конференции — “Психотерапия, единство и многообразие”. Конференция, как и прежде, была организована Обществом клинических психотерапевтов НПА России (Председатель общества — М. Е. Бурно, Заместитель председателя — Б. А. Воскресенский). Как обычно, первые два отделения конференции (с перерывом на чай) содержали в себе доклады, обсуждения докладов, дискуссии. В третьем, вечернем, отделении Психотерапевтический реалистический театр (НПА России, Наркологический диспансер № 1, кафедра психотерапии, медицинской психологии и сексологии РМАПО) дал традиционный концерт. Как обычно, выступали пациенты и психотерапевты со своими произведениями или исполнениями произведения друг друга. Не посвященному в жизнь театра (частицы Терапии творческим самовыражением) весьма трудно было определить, кто тут пациент, а кто психотерапевт. Руководитель театра — М. Е. Бурно, художественный руководитель Елизавета Юльевна Будницкая.

Открывая конференцию, проф. М. Е. Бурно поздравил участников с тем, что удается и таким вот образом “сохранять наш оазис одухотворенной клинической психиатрической психотерапии, психотерапии, имеющей бесценные граниозвучия с феноменологическим методом и религией”. — “К сожалению, на этот раз на нашей конференции не смог выступить профессор, священник Георгий Кочетков. Надеемся, что через год на подобной конференции будем с ним вместе”.

В своем **Вступительном слове** Президент НПА России **Юрий Сергеевич Савенко** поздравил участников конференции с нашими продолжающимися Консторумскими чтениями (с портретом Семена Исидоровича на стене и уютным убранством конференц-зала). Юрий Сергеевич, говоря о многообразии психотерапии, подчеркнул важность невербального воздействия, отметил, что, например, все формы музыкальной деятельности могут работать психотерапевтически, превращаясь в особые лечебные методы. И вспомнил, как его “шef”, профессор Марк Самуилович Лебединский¹, в 70-е годы прошлого века пред-

ложил ему выступить на конференции против положения другого в то время “генерала психотерапии” профессора Николая Владимировича Иванова² — положения как раз о многообразии психотерапевтического опыта. Ю. С. Савенко, напротив, выступил именно за многообразие, вспоминая, в том числе, книгу Уильяма Джеймса “Многообразие религиозного опыта”, за что и был обвинен шефом в “неразборчивости”.

Психиатр-психотерапевт **Антон Маркович Бурно** в докладе “**Состояние спонтанности в психотерапии**” рассказал об особых состояниях спонтанности (например, вдохновение, азарт, влюбленность, “некоторые формы религиозного опыта”), объединенных тем, что 1) “связаны с продуктивной деятельностью без ощущения волевых усилий”, 2) тем, что “в них стирается разница между произвольными и непроизвольными действиями”, и 3) тем, что “в них становится относительным различие между внутренним и внешним”. В этих особых состояниях, по мнению докладчика, человек “не ощущает себя “независимым деятелем”, “центром волевой активности”, “сущностью, способной к самоопределению”. Именно этим такие состояния “противостоят “обычному” самоощущению”. “В состояниях спонтанности человек, наоборот, чувствует себя не-отдельным от того, что шире его ограниченного “эго”, включенным в сеть широких взаимозависимостей, по отношению к которой его воля не является независимой частью”. Докладчик рассказывал “об использовании опыта переживания спонтанности” в методе *дифференцированной когнитивной терапии*, который он разрабатывает. “Представление о самоопределяющейся воле” рассматривается в этом методе как “основное “патогенное” иррациональное суждение”. Опыт спонтанных состояний наряду с другими приемами помогают преодолеть это представление или снизить его актуальность”.

В докладе клинического психолога **Александра Борисовича Павловского** и психиатра **Сергея Игоревича Перминова** “**Элементы терапии творческим самовыражением в старческом отделении Преображенской психиатрической больницы**” — о том, что повышать (освещать) качество душевной жизни тяжелых больных с выраженным сосудистым снижением личности удается, предлагая им сравни-

¹ Лебединский М. С. (1895 – 1980) — московский психиатр, медицинский психолог, психотерапевт.

² Иванов Н. В. (1907 – 1977) — горьковский (нижегородский) психиатр и психотерапевт.

М. Е. Бурно

вать (“что мне ближе,озвучнее, где больше именно моего движения души”) знакомые с детства картины известных художников (например, пейзаж Шишкина и пейзаж Рериха), соединенные с характерологическиозвучной каждой картине музыкой. Этот выбор (с помощью работы индивидуальности) уже помогает почувствовать себя собою и тем оживляет, посветляет душу.

В докладе заслуженной артистки России и психо-лога Татьяны Владимировны Куинджи, клинического психолога Татьяны Викторовны Николаевой, психиатра-психотерапевта Бориса Аркадьевича Воскресенского и психиатра Татьяны Константиновны Шемякиной “**Опыт психотера-певческого вокального тренинга с больными общепсихиатрического отделения**”— о том, что голос выражает “Я” человека. Вернуться к своему голосу, обрести свой голос — значит обрести свое “Я”, “прежде молчащее или слишком тихое и неуверенное”. Пение несет в себе и “младенческий крик”, непосредственно выражаящий “организмический статус” человека, его “переживание мира”, и, в то же время, пение — “сложно организованный психофизический процесс. Поэтому в пении возможно “пережить состояние целостности, единения своего “Я” — духовного и организмического”. Вокальные техники подобны медитативным. Клиницизм работы сказывается и в том, что агрессивным пациентам предлагается, например, совместное, с взаимным общением, “чтение по ролям, дабы выразить себя так, чтобы быть “правильно понятыми”, пропеть свой гнев, в том числе “от лица животного”. Тревожные пациенты, по возможности, активно, с “групповой поддержкой”, выражают себя в пении. С “хоровой поддержкой” исполняется “желаемое состояние”. И т.д. Хор пациентов для целительного возвышения души исполняет непременно классическое.

В докладе клинического психолога Марии Евгеньевны Сиснёвой, психиатра Татьяны Константиновны Шемякиной, психиатра-психотерапевта Бориса Аркадьевича Воскресенского “**Арт-тера-певческая работа с ресурсными состояниями психически больных**” рассказывается о групповой “арт-терапевтической” работе (открытая группа) с пациентами в стационаре. По-видимому (отмечу здесь от себя — М. Б.), речь идет скорее о просто более или менее сложном “вовлечении в интересную и содержательную творческую деятельность как таковую”, о “поддержании уже существующих у пациента творческих навыков”. Эта работа помогает больным приспособиться к жизни среди людей после выписки. Итог работы в стационаре — возможное “повышение самооценки, достижение пациентами более высокого уровня принятия и понимания себя” (“Вот я какой!”).

В докладе психиатра-психотерапевта Валерия Борисовича Гурвича “**Разгрузочно-диетическая терапия как способ преодоления резистентности к**

психотерапии” рассказывалось о том, что “исследование психологических и психотерапевтических аспектов в процессе лечебного голодания проводилось у больных с психическими и психосоматическими заболеваниями”. Отмечено в докладе, что “лечебное голодание является комплексным психологическим и биологическим воздействием, причем психологическое воздействие является первичным”. Именно российскими учеными фундаментально изучен “психотерапевтический аспект при этом методе”. Обнаружено “повышение доступности к психотерапии после кислотного криза у больных, ранее резистентных к психотерапии”. Появилась возможность применять в этих случаях различные методы психотерапии, способствовать “переходу личностной мотивации у многих пациентов на уровень духовных ценностей”.

Психиатр-психотерапевт Алла Владимировна Александрович в докладе “**“Психотерапевтические техники и психотерапевтическое переживание: клинико-психотерапевтический случай”**” противопоставила техническому психотерапевтическому подходу (например, практика НЛП) с “отстраненностью психотерапевта от переживаний пациента”, подходу, показанному большому кругу пациентов, “откликающихся” лишь на такого рода “подстройку” к пациенту, помогающую ему таким образом “решать свои проблемы”, — противопоставила подход с “вовлеченностью психотерапевта в переживания пациента”. В последнем подходе техники — вспомогательное, иногда лишь “украшающее” главное, сущностное, в этой глубокой психотерапии (“психотерапевтическое переживание”). Сегодня, как полагает автор, многие более или менее сложные душой пациенты нуждаются именно в этой “вовлеченности психотерапевта в их переживания, в утешении. Зачастую психотерапевт оказывается единственным человеком, которому пациент может рассказать себя”. В подтверждение этому Алла Владимировна привела клинико-психотерапевтический случай из своей практики.

Григорий Юрьевич Канарш, ученый-политолог, сделал доклад: “**“Клинико-психотерапевтическая история в кинокартине Вима Вендерса “Алиса в городах”**”. Докладчик полагает, что германский режиссер “в клиническом преломлении показал проблему “фундаментального одиночества” (экзистенциальной изоляции (И. Ялом))”. Григорий Юрьевич приходит к выводу: экзистенциальные переживания главного героя фильма “свойственны в большей степени людям аутистического склада и свидетельствуют скорее о его аутистичности” (об одном из вариантов аутистичности).

Психиатр-психотерапевт Любовь Александровна Тарасенко в докладе “**“О варианте индивидуальной Терапии творческим самовыражением для “трудных” дефензивных пациентов”**” рассказывала о своих новых приемах в этой области врачевания.

Пациенты, не способные заниматься в группе творческого самовыражения, изучают с помощью врача особенности своего характера, хронического душевного расстройства, работая с учебником “О характерах людей” и пытаясь творчески по-своему общаться с произведениями искусства, созвучными и не созвучными им. Это описания природы русскими писателями-классиками (с разными характерами), портреты, созданные живописцами. При этом применяется усложненное сравнивание. Например: “Каким людям (портреты — М. Б.) было бы хорошо в течение долгих лет быть вместе друг с другом?” Одухотворенно-размышляющая работа такого рода помогает глубоко застенчивым пациентам (и вне тягостных для них групповых занятий) отчетливее осознанно чувствовать себя собою, свой характер и свою уникальность-неповторимость. Все это способствует становлению в душе пациента более или менее целительного творческого вдохновения с поиском посильного целительного жизненного смысла. “То есть это не просто обогащение души, а моя “спонтанность” (в смысле А. М. Бурно): как мне жить, что делать, что для меня естественно, как выбраться из каши переживаний”.

Инга Юрьевна Калмыкова, психиатр-психотерапевт, в докладе “О повышении качества душевой жизни больных шубообразной шизофренией в Терапии творческим самовыражением” рассказывала о сегодняшней насущной психотерапии в большой психиатрии, психотерапии больных шизофренией в трудное для очень многих из них, несмотря на стандарт психотропных препаратов, послешубное время депрессивно-неврозоподобной и лекарствен-

ной скованности. Метод Инги Юрьевны имеет целью, по возможности, осветить душевную жизнь этих больных посильным путеводным лучом жизненного смысла в разнообразных творческих занятиях, сообразных особенностям души пациентов, с посильным изучением этих своих особенностей. Кроме всего прочего, это, как считает докладчик, сообщит больным живость, охоту для различных дел по самообслуживанию, практической помощи близким, участия в трудовой, общественной жизни и т.п. (психосоциальная терапия и психосоциальная реабилитация). Рабочие приемы творческого оживления, осветления души хронических душевнобольных (с нередкими дефектом и инвалидностью в этой обширной группе) имеют свои важные особенности, сообразно клинической картине. Об этих особенных приемах, открытых и разработанных автором доклада, рассказывалось в докладе и с помощью выразительных слайдов, как это происходило и в предыдущем докладе Л. А. Тарасенко.

Доклады сопровождались вопросами участников конференции, дискуссиями, обобщениями председателей. Так, д-р Воскресенский, председательствовавший на 2-м отделении конференции, вспомнил суждение Николая Бердяева о том, что на Западе жизньдается в теории, а в России — в своей первозданности. Видимо, поэтому, — предположил Борис Аркадьевич, — у нас и сохраняется клинический в психиатрии и психотерапии. Совершенно с этим согласен.

M. E. Burno

17 лет неисполнения закона и киргизский опыт

Прошло уже 17 лет с момента принятия закона “О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании”. К закону привыкли, он в целом работает и худо-бедно позволяет обеспечивать права пациентов психиатрической службы. Однако злополучная статья 38, которую когда-то включили как гарантию исполнения всего закона для пациентов психиатрических стационаров, до сих пор не работает, и служба защиты прав пациентов, находящихся в психиатрических стационарах, независимая от органов здравоохранения, так и не создана. За это время проделана огромная работа по продвижению службы, и еще недавно казалось, что служба, наконец, появится. Ведь уже подготовлен Указ Президента о проведении

двухгодичного эксперимента в двух федеральных округах — Центральном и Южно-Уральском, предусмотрены средства на проведение эксперимента, посчитано, сколько нужно сотрудников, сколько офицсов, сколько компьютеров, подготовлено Положение о Службе, (которая теперь называется Бюро, поскольку за прошедшие 17 лет слово Служба приобрело в нашем законодательстве совершенно определенное значение, отличное от смысла Службы защиты прав пациентов) и мн. др. Однако непрописанность в проекте Указа некоторых деталей относительно аппарата — финансового и кадрового — по обслуживанию создаваемых Бюро вновь грозит отдалить, если не похоронить всю проделанную работу, поскольку финансово

вый кризис заставляет резко сократить все государственные расходы.

А между тем в Киргизии, которая также страдает от финансового кризиса, недавно объявлено о создании Службы защиты прав пациентов, находящихся в психиатрических стационарах. Постановление об этом подписал Премьер-министр Кыргыстана Игорь Чудинов, и создана она будет при Омбудсмене Киргизской Республики, поскольку именно этот институт призван защищать права и свободы граждан республики, включая вышеназванную категорию пациентов. Министерству финансов Киргизской Республики предписано предусмотреть, начиная с 2009 года, финансирование Службы, а Министерству здравоохранения — обеспечить Службу необходимыми помещениями на территории психиатрических стационаров на безвозмездной основе.

Так Правительство КР выполняет Решение Верховного Суда о создании Службы, которое было принято в октябре прошлого года по жалобе пациентов психиатрического стационара на нарушение их прав. Может быть, России пойти по тому же пути? Кто несет ответственность за невыполнение закона в течение 17 лет? Ведь Служба могла бы следить и за соблюдением прав граждан, признанных недееспособными, и за добровольными стационаризациями, и за применением мер стеснения, и за обеспечением человеческих условий существования в психиатрических больницах.

Опасная перспектива

Новый год ознаменовался в северной столице курьезным происшествием. На диспансерный прием независимо друг от друга явилось несколько людей, обеспокоенных зрительными обманами, хотя — как они клятвенно уверяли — они не брали в рот спиртного несколько последних недель. Их жалобы удивительно совпадали, хотя они были служащими разных учреждений, а по времени это предшествовало телевизионной демонстрации экranизации “Портрета Дориана Грея”. Оба уверяли, что им улыбался портрет Президента или, вернее, Президент на портрете или Президент с портретом. Тщательный опрос удостоверил, что улыбка длилась несколько минут, была вполне адекватна смыслу происходящего в зале, что это несколько раз повторялось. Все варианты симптома Липмана были отрицательны, не было ни демонстративности, ни экзальтированности, ни повышенной внушаемости, ни каких-либо истерических стигм. В контексте недавнего “марша согласных” с его блестящей шутовски-парадоксальной выдумкой подумали о розыгрыше, но не сдали в милицию, а посоветовали “улыбаться вместе с Президентом”. И действительно, они, словно спохватившись осознанием возможных последствий, убрались восвояси.

Между тем, вскоре выяснилось, что была выпущена первая пробная партия электронных портретов Президента, так называемых “живых портретов”, которые не только улыбаются, но и поворачиваются и т.д.

Так жизнь психиатров усложняется: мало того, что прохожие, благодаря мобильникам, выглядят как пациенты с аутичной речью и слуховыми галлюцинациями, теперь не всегда можно будет доверять и собственным глазам.

Однако возможности современной компьютерной техники позволяют осуществлять столь дерзкие фальсификации, что “мало не покажется”. Что стоит, например, внедриться в другое недавнее изобретение: возможности задавать вопросы, даже беседовать с Эйнштейном, с великими философами, писателями, политическими деятелями на основе введения в базу данных основного массива их творчества. Какие возможности для обмана, не только грубого, но и тонкого, обыгрывающего разный смысл употребляемых терминов! Современная техника позволяет любые фальсификации видео- и фонозаписи. Так технический прогресс сопровождается издержками, которые заставляют пожалеть о достигнутых преимуществах, вызывает желание вернуться вспять, если это возможно.

ВОСПОМИНАНИЯ

К 70-летию лидеров НПА России

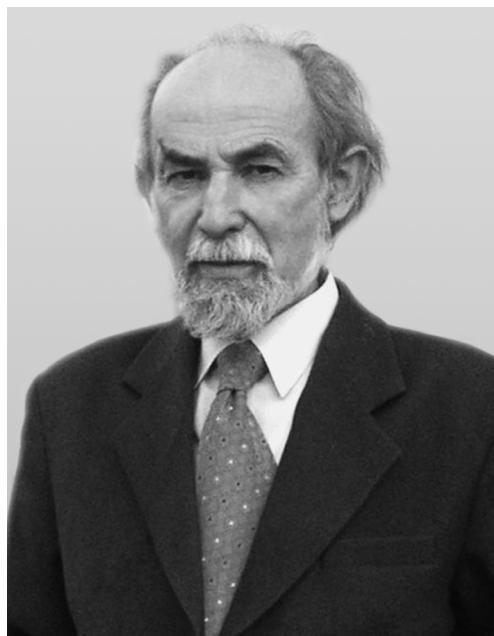
Некакие жизненные коллизии не меняют нас с раннего детства...

Ю. С. Савенко

Мои детские воспоминания связаны с необходимостью прятаться в годы нацистской оккупации. Выжить помогла цепь невероятных случайностей. Едва не попав в Бабий Яр, в последний момент уехав из Киева в Умань, а оттуда в деревню Шарино, куда немцы забредали только изредка за провиантом, мы с матерью неоднократно были на грани гибели. Нас спасали пациенты моего отца, спасавшего их от угона в Германию. В свои 3 – 4 года я плохо понимал происходящее, а родители благоразумно ничего не объясняли. Колонны пленных, к которым нас, мальчишкой, посыпали передать съестного, облавы гестаповцев с овчарками, от одних мундиров которых веяло смертью, немецкие солдаты, угощавшие детей конфетами, крестные ходы по улицам, жуткий до нереальности вид повешенных на площади, беззаботность деревенской жизни в доме мельника, грандиозная “Софievка”, стремительное бегство немцев, горящие вокруг дома, и мы, лежащие ничком на огороде, шлях, из конца в конец забитый брошенными машинами, и толпы людей, разбирающих их содержимое, — все воспринималось и вспоминается по отдельности.

Память о том, как в дошкольном возрасте я не хотел быть евреем, стала мотором, вечным двигателем против любой этнической нетерпимости.

После войны отец получил кафедру в Черновцах (теперь она носит его имя), уникальном городе, столице Буковины. Здесь я жил на улице Гете, играл в парке Шиллера, учился на улице Масарика. Были еще живы остатки старой австрийской, еврейской и гуцульской культуры. Еще не были снесены памятники, в



величественной резиденции митрополита еще сохранялась обстановка его кабинета, не была разобрана одна из красивейших в Европе синагог, крестьяне еще ходили в национальных костюмах, женщины — с корзинами на голове...

Лет 9 – 10 я попал в детский санаторий в Люсдорфе (Одесса), оставивший во мне след концлагеря. Впервые травматично оторванный от родителей, я в первый же день стал жертвой провокации. У входа в столовую какой-то мальчик попросил меня вынести ему несколько ломтей хлеба, но на выходе, увидев их, меня схватили за руку с хлебом и, высоко воздев ее, протащили под улюлюканье как вора через все огро

женное пространство, служившее столовой. А тот мальчишка веселился. В то время меня притягивало все страшное, особенно Гоголь, и сам я выдумывал страшные истории. Но здесь они не давали многим заснуть. На меня пожаловались, и я был переведен в старшую группу. Здесь пришла моя очередь жить в страхе. Палата была на пятерых. Один из ребят предупредил, что ночью на меня нападут. В панике я побежал искать помощи у взрослых. Последовавшее строгое внушение поменяло мою роль. Из предстоящей жертвы я превратился в зрителя коллективных гомосексуальных оргий в возрасте еще далеком от созревания и понимания происходящего.

Первые уроки психиатрии я получил в первых классах школы. Среди уроков иногда раздавался короткий возглас, шум падающего тела и после паузы звуки бьющегося в судорогах тела, которое выносили на носилках, тела самого молчаливого медлительного

и крупного из нас. Один из наших отличников, сын дворника, необыкновенно пластичный, изящный, ставший потом танцором, певший английским голосом, даже говоривший мелодично, не выучив урок, падал у доски на пол, и колотя ногами о доску, громко кричал. Был еще пухлый, вкрадчивый, пристававший ко всем с нежностями, поглаживаниями, поцелуями.

Был заика, с которым связано оставшееся навсегда недоверие к всяким детекторам лжи. И было это как раз на уроке психологии. Учительница вошла в класс, повернулась к доске, и вдруг раздался хулиганский выкрик. Она быстро повернулась, медленно обвела глазами класс и остановилась на нашем заике, который густо покраснел: лицо и большие оттопыренные уши прямо пылали. “И ты еще будешь отпираться? И вы все еще будете защищать его?” — Но мы-то все видели, что выкрикнул другой.

Были тихони, драчуны, проказники и козлы отпущения... Был сын начальника военного округа, знаменитого генерала, прошедшего рейдом по немецким тылам, был сын секретаря обкома партии и был не по годам практичный мальчик, взявший на себя роль их охранника. Но особенно напрягали класс не истерики, и не садизм некоторых учителей, а их пресмыкательство перед этими двумя. В младших классах полагалось показать пальцем на нарушителя дисциплины в классе, и иной раз оказывался окруженным со всех сторон тычками пальцев. На уроках Конституции вызванному к доске иногда предлагалось показать пальцем на нарушителя — за пятерку. Показывали на привычных козлов отпущения. В школе был создан учком из самих учеников под руководством завуча, задачей которого было довести провинившегося до слез. Я помню наши школьные сочинения той поры. Они были полны безудержного искреннего подхалимажа к власти, партии, вождям. Это была мужская школа, и нравы были жестокие. Маленького Ключникова как-то повесили за шиворот на крюк вешалки. Чуть ли не регулярно на учительский стол затачивали кого-нибудь из безответных учеников, обнажали и удерживали до момента, когда входил учитель.... Меня оберегало то, что я был профессорским сыном и, видимо, опасение, что наядедничаю. Дело в том, что однажды, услышав скабрезный анекдот о Пушкине, я тут же на следующем уроке поднял руку и заявил об оскорблении великого поэта. Таких наивных прямолинейностей было немало. Я никогда не был членом стаи и предпочитал дружить и защищать обижаемых. Но это не предохранило меня от тогдашней идеологии. Страшно вспомнить: я дальше других носил траурную повязку после смерти Сталина и даже восхищался “подвигом” Павлика Морозова...

Прозрение наступило только в 18 лет: на собрании комсомольского актива университета и медицинского института, куда я проник, привлеченный не подтвердившимся слухом о более полном тексте ошеломляющего закрытого доклада Хрущева, раздосадованные студенты начали пробираться к выходу.

Председательствующий резко бросил одному из них: “Эй, интеллигентик, сядьте!” Я вскочил и громко выкрикнул: “Не пришивайте!” Эта бессмысленная реплика дорого мне стоила. Меня препроводили в накуренную комнатку, где я увидел высокого тощего человека с темным изрытым оспой лицом. Это был председательствующий. “Ты знаешь, кто я такой?” — набросился он на меня. — “Да я тебя отправлю на шахту, тебе не место в институте. Поработаешь там годик-другой, пока не порекомендует комсомольская организация. Ишь, дудочки надел!” Я стоял перед ним с опущенной головой — была как раз кампания против дудочек — и перед моими глазами были его дудочки, я был в кleşах. Но эта несообразность его только распаляла. Оказалось, что это второй секретарь обкома партии. Я всем нутром почувствовал опасность его угрозы. Весь день пробродил по городу в каком-то особом состоянии и даже, впервые преодолев робость, познакомился на улице с девушкой, к которой прежде не решался подойти. Меня выручило заступничество директора института, положение моего отца. Любой другой кончил бы плохо. А я до 24 лет рос как оранжерейное растение. Но вопреки всем, даже сильным, длительным и частым ударам судьбы, они не меняют ни нашего характера, ни стиля поведения. Измениться может только вектор направления усилий, подчас на противоположный.

Однажды на 4 – 5 курсе меня неожиданно вызвал к себе директор и посоветовал не распускать языки. Сокурсники писали доносы. Много лет спустя Юрий Федорович Поляков, многолетний парторг академического института психиатрии поделился со мной своей досадой непрерывным потоком анонимных доносов в этом наиболее почтенном психиатрическом учреждении. В моей жизни доносы сыграли немалую роль, хотя я всегда относился к их неизбежному существованию скептически: ведь с такой же легкостью можно подвернуться ложному доносу, оговору. Это было ошибкой, непроверяемые на достоверность доносы и оговоры копились, создавая критическую массу, входя в тогдашние правила игры. И топорные, и ловко придуманные, они были беспроигрышными.

Поучительна история моего изгнания из Института психиатрии в 1974 году, на высоте академических успехов, накануне защиты докторской диссертации, консультантами которой были директор Института проф. А. А. Портнов и проф. Б. В. Зейгарник. Лабораторию экспериментальной патопсихологии нездолго до этого возглавил полковник Зухарь, приятель Портнова, неожиданно освободившийся из армии и тем самым изменивший обещание Портнова предоставить это место мне. Зухарь, написавший докторскую диссертацию по гипнотерапии и сам стеснявшийся этой темы, был явно несостоятелен в отношении проблематики лаборатории. Я был плохим фоном для него. А тут, в связи с траурной годовщиной, я заручился его устным разрешением не появляться на работе между майскими праздниками и Днем Победы и уехал к род-

ным в Черновцы. Когда я вернулся, то узнал, что на меня подан рапорт о прогуле, а Портнов смотрел на меня испепеляюще. Не давая опомниться, меня тут же вызвали на ковер. Портнов, Зухарь, зав.кадрами и парторг, всячески измываясь и унижая меня, предложили “милость”: тут же на месте написать заявление “по собственному желанию”, так как формулировка “прогул” была бы волчьим билетом. Я же был связан предполагавшейся через три месяца в этих стенах защитой докторской диссертации. Профессоров, которые ходатайствовали за меня, Портнов буквально шуганул “настоящей причиной” — “Да он же в Израиль собрался!”. Тогда это было равносильно политической измене. Мне даже побоялись передать это сведение, и я узнал о нем позднее случайным образом. Надо ли говорить, что в 1974 году это была абсолютная ложь, но технологически безотказная.

Полковник Зухарь прославился на том же поприще на матче в Багио за шахматную корону между Анатолием Карповым и Виктором Корчным. Широковещательно выступая как знаменитый гипнотизер, он не просто сверлил глазками Корчного из первого ряда, он выкрикивал ключевые аффектогенные для Корчного слова и достиг успеха. В решающий момент, после того, как Корчной сравнял счет, трижды подряд выиграв у Карпова, в следующей ключевой партии он довел Корчного до состояния, когда тот бросился на него с кулаками... и проиграл.

Память постоянно воскрешает самые унизительные и постыдные моменты жизни, мучительная нерешительность и всю жизнь — откладывание самых заветных и важных дел на потом, кружение вокруг, робость и избегание, вечная борьба с собой, самопреклонение... Удивительное сходство со всеми адлеровскими механизмами и ничего от Фрейда... Я был очень трудным ребенком, был груб с родителями, но богоугорил отца... Был моралистом, но тексты типа Смайльса отталкивали. Был жестким критиком, но часто таял при личном общении. Меня изумляла неадекватность оценки меня некоторыми именитыми коллегами, гораздами на раздачу диагностических ярлыков всем окружающим, поразительно поверхностно, невпопад. Это вызывало разочарование в их профессиональной интуиции.

Вспоминается она из поездок в Кельн, организованная проф. Каркосом от Германского общества психиатров для проведения российского симпозиума “под проф. Ануфриева” — узника Маутхаузена, дважды бежавшего из него. В результате поехало восемь человек, включая председателя РОП проф. В. В. Ковалева и проф. Г. Я. Авруцкого. Я непосредственно сопровождал Анатолия Кузьмича, члена нашей Ассоциации, с которым был дружен. Мы с ним ехали отдельно от других и первую ночь провели в доме приютившего нас проф. Генриха Уве Петерса. Изначально в качестве центрального планировалось выступление Ануфриева, посвященное клинике шизофrenии. На этом поле ему не было равных. Он мог

поразить немецких коллег уровнем обсуждения. Но на деле все сложилось иначе. Мощным напором и ухищрениями обаятельного Авруцкого выступление Ануфриева было отодвинуто на конец, потом отложено, и так и не состоялось! Непорядочность этих кулачных перетасовок, в результате которых самый деликатный и достойный оказывается ни с чем, и последующие пирамиды Авруцкого перед Ануфриевым заставили меня припомнить ему диагнозы, которыми он за глаза нередко награждал нас. Авруцкий буквально лишился дара речи и выбежал. Ануфриев в самом деле не пошевелил пальцем, чтобы воспользоваться значительной компенсацией за концлагерь, — поведение, для Авруцкого совершенно непонятное. Не были мы и специалистами кулачных игр. Феноменологическая ориентация противоположна такого рода способностям.

Самое сильное профессиональное впечатление на меня произвели мои собственные первоначальные ошибки, первоначальная самонадеянность молодости, недоверие к мнению коллег, к анамнестическим данным. Больная, диагноз которой я успешно опроверг, встретилась мне в городе в совершенно другом состоянии, — я увидел больного человека.

Самая мучительная ошибка недавнего времени касается необыкновенно светлого талантливого человека, с которым меня связывает почти 40-летняя дружба. После наезда машины и последовавшей тяжелой операции она лежала в реанимации как выпотрошенная рыба, и всем, казалось, что она уже не жилец на этом свете. У нее развился острый психоз, в связи с чем она была переведена в ВНЦПЗ РАМН. Здесь, на основании КТ, ей был поставлен диагноз быстро прогрессирующего атрофического процесса. В отделении ПБ № 1, где она долечивалась, мне предложили срочно вызвать родственников, чтобы распорядиться ее дальнейшей судьбой. Речь шла о неспособности проживать самостоятельно, оформлении недееспособности, помещении в интернат. Вызванный этим переполохом среди близких, заставивший их пересмотреть свои жизненные планы, и приехать, чтобы забрать ее к себе в другой город, и т.д., натолкнулся на отказ. А после терпеливого неформального лечения в ПБ № 13 она практически выздоровела. Вернулись не только способность жить самостоятельно, но и прежние тонкость суждений, остроумие, юмор, деликатность. Но радость, вызванная этим рождением заново, навсегда осталась смешанной у меня с острым чувством стыда за неправильный прогноз, за приоритет данных инструментального метода клинике.

Как удивительно, что психиатры, которые неизбежно ошибаются чаще врачей других специальностей, входят в близкие человеческие контакты со своими больными, бывают виноваты в упущеных не предотвращенных самоубийствах, не оставили разборов, анализа своих ошибок, что грандиозная по значимости пироговская традиция такого рода фактически выветрилась. Как было бы важно воскресить ее.

Как я стал психиатром (автобиографическое эссе)

А. Ю. Магалиф

Медицинские специальности выбирают по-разному: по призванию (через студенческие кружки), по семейной традиции, по меркантильным соображениям (где больше зарплаты) и совершенно случайно (по стечению обстоятельств). Думаю, что последний вариант самый распространенный.

1962 год. Кажется, сбывается моя многолетняя мечта — я заканчиваю 1-й Московский медицинский институт им. И. М. Сеченова уже практически подготовленным хирургом-реаниматологом, анестезиологом. Специальности эти новые, перспективные, активно внедряемые академиком Борисом Васильевичем Петровским на кафедре госпитальной хирургии. Позади многочисленные дежурства в хирургических отделениях, студенческие кружки на общей, факультетской и госпитальной хирургии, чтение специальной литературы и прочее. Проблем с распределением (тогда было обязательное распределение окончивших институты специалистов) в какую-нибудь хирургическую клинику возникнуть не должно — комиссия получит хорошие рекомендации.

И тут гром среди ясного неба: всех здоровых выпускников-мужчин военкомат требует направить в кадровую армию на 25 лет. Естественно, все выпускники-мужчины брызнули, как тараканы, во все стороны. Кто-то немедленно тяжело заболел, кто-то, используя связи или предварительные договоренности с кафедрами, нырнул в аспирантуры и ординатуры. Кто-то скрылся (опять же по блату) в закрытые медучреждения. А у меня — ничего! Только новорожденный ребенок, странная фамилия и больная мать. Перспектива — младший врач полка, гарнизоны, ОРЗ, потерпости, фурункулы, дармовой спирт. Только в самый последний момент, когда все распределение закончилось, пришло распоряжение о сокращении набора в армию; отказались от семейных выпускников с детьми, и меня направили в райздравотдел участковым терапевтом. Еще со временем врачебной практики у нас сложилось гнетущее впечатление от этой работы (мы же хотели романтики, карьерных перспектив). Тогда дядя моей жены, главный врач одной из подмосковных психиатрических больниц угово-



врил меня стать психиатром. Основные его аргументы: психиатрия в тяжелом состоянии, врачей катастрофически не хватает, и это спасет меня от работы участковым терапевтом; психиатрия — очень интересная специальность, из нее никто не уходит; больные умирают редко, не то, что в “моей” хирургии; почти 2 месяца отпуска и солидная добавка к зарплате за вредность; всегда есть возможность подработки, а у меня семья. Об институтском курсе психиатрии у меня остались туманные воспоминания: патриархальность и тишина в старинном здании клиники им. С. С. Корсакова на Малой Пироговской, лекция о сексе профессора В. М. Банщикова в набитой любопытными до отказа аудитории и демонстрация “ярких” больных. Еще то, что

на экзамене я довольно бойко отвечал по билету, но срезался на последнем вопросе. Говоря об олигофрении, я сообщил экзаменатору о том, что дебилы работают в трудовых мастерских. Экзаменатор задумчиво на меня посмотрела, сказала, что дебилы иногда заведуют кафедрами, и снизила мне оценку.

С рекомендацией областного психиатра (протекция дядюшки) я отправился к городскому психиатру Янушевскому в его резиденцию на ул. Радио. Жаркий день, в палисаднике большая очередь из больных и их родственников. Я оказался в ее хвосте. Сидим долго. Робко захожу в кабинет, протягиваю рекомендацию. Доктор Янушевский недоуменно смотрит на меня — зачем я столько времени сидел к нему в очереди среди больных? На его вопрос, в какой больнице я хотел бы работать, я ответил, что мне все равно, т.к. я их не знаю, хорошо бы поближе к дому. “Тогда в Ганнушкина”, — я поблагодарил. Он позвонил в отдел кадров Мосгорздрава и напористо стал говорить, что психиатрию надо спасать молодыми талантливыми специалистами-энтузиастами. Ему, видимо, возражали, говоря, что некому работать на участках, но он победил, и я получил направление на работу в Московскую городскую клиническую психиатрическую больницу № 4 им. Ганнушкина.

Как известно, больница находится в старинном Преображенском районе Москвы, на берегу Яузы, где

стоял потешный полк Петра 1-го. Отсюда и название улицы — “Потешная”. Тогда там не было метро, преобладали деревянные постройки. Рядом с больницей — баня и вытрезвитель. Все мне показалось пыльным и унылым. Облупленный забор больницы, покосившаяся бревенчатая проходная, старые корпуса с обвалившейся штукатуркой, возле них загоны, огороженные трехметровыми плотно сколоченными деревянными стенами — прогулочные дворики для больных, прозванные психодромами. По сравнению с клиниками 1-го Меда какой-то другой мир, где мне теперь предстоит работать.

Приняла меня зам. главврача Н. Н. Зак — невысокая пожилая сухощавая и сутоловатая дама с удлиненным лицом и внимательными добрыми глазами. Быстро поняв, какой ценный кадр к ней пожаловал, она извиняющимся тоном сообщила мне, что, к большому сожалению, все вакансии в острых отделениях заняты и мне придется некоторое время поработать в спокойном отделении. Извиняющийся тон, как я потом понял, был обусловлен тем, что молодой врач должен начать профессиональную подготовку с “большой” психиатрии, а, кроме того, тогда существовала значительная разница в зарплате и отпуске в зависимости от профиля отделения. Я же воспринял это с огромным облегчением: спокойное, только спокойное отделение.

Каждое отделение больницы и тогда и сейчас является научно-практической базой Московского НИИ психиатрии. До 1962 года институт возглавлял академик А. В. Снежневский, и незадолго до моего прихода он со всем своим отделом перебазировался в больницу им. П. П. Кащенко. В стенах больницы еще витал дух школы Снежневского, все что-то обсуждали, спорили или соглашались, но я в этом ничего не понимал. По большому счету я не понимал вообще ничего: как беседовать с больным, как писать психиатрическую историю болезни, не говоря уже о тонкостях статуса. Тогда в спокойных отделениях было много алкоголиков, большинство из них ложилось для купирования запоев, но разобраться в этом мне было трудно. Боясь обидеть деградированную душу, я заводил разговор издалека, тщательно избегая алкогольной темы, концентрируясь только на расстройствах нервной системы, вникая в сложные обстоятельства жизни больного. Что и говорить, опытные алкоголики, побывавшие в стационаре больше 20 раз, быстро меня раскусили и легко навязывали мне свои требования и по режиму, и по лечению.

Мне всегда везло на учителей. В этом отделении науку возглавлял молодой (35 лет) красивый старший научный сотрудник Александр Генрихович Гофман. Быстрый, спортивный, всегда занятой, остроумный. Поняв, что я ни черта не смыслю в психиатрии, он стал учить меня без тени менторства самым элементарным вещам: как общаться с больным, установив с ним нужную дистанцию, как выделить главное в его

статусе, как быстро и правильно написать историю болезни, что писать в дневниках и эпикризе (выписке). Тогда было много больных, получивших военные контузии головы и страдавших тяжелым гипертензионным синдромом. Им помогала только люмбальная пункция. Александр Генрихович быстро научил меня этой процедуре (помогли мои хирургические навыки) и, вопреки вечно супертревожной завотделением, заставил делать это самостоятельно. Постепенно стала приходить уверенность в обычной работе, но на конференциях отдела я все равно ничего не понимал. Вроде бы все говорили по-русски, воодушевленно что-то обсуждали, но я не понимал. Меня, правда, немного успокаивало то, что я не один такой, что аспирант из Узбекистана, заканчивающий диссертацию по алкогольной теме, на вопрос профессора, что он думает о больном, ответил с восточным акцентом: “Не алкоголик, сюмасшедший какой-то, щизофреник, наверное”. Спустя много лет я встретил его на всесоюзной конференции. Он располнел, поважнел, но ко мне был приветлив и сообщил, что уже давно работает доцентом на кафедре.

А вскоре меня перевели во вновь созданный отдел психофармакологии на базе острого мужского отделения. И снова мне повезло с учителями. Григорий Яковлевич Авруцкий (36 лет), полный новых идей, т.к. немного успел поработать в ведущих европейских клиниках, как теперь бы сказали великолепный топменеджер. Клиническая психофармакология делала первые, но сразу большие шаги. По существу психиатры ничего в ней не понимали: не были разработаны показания к новым препаратам, не были известны их механизмы действия, побочные эффекты и осложнения. Поэтому наш отдел сразу стал элитным. Григорий Яковлевич работал ярко и с размахом, заряжал энтузиазмом и сотрудников, и руководство. Отдел быстро разрастался. Помимо психиатров в нем появились терапевты, неврологи, патопсихологи, фармакологи, нейрофизиологи, электрофизиологи. Посыпались кандидатские диссертации. Что ни новый препарат, то диссертация: галоперидол — диссертация, тизерцин — диссертация, френолон — диссертация и т.д. Потом, правда, требования повысились, и этот поток сократился. Психофармакология изменила обстановку в отделениях и Григорий Яковлевич вместе с единомышленниками (М. С. Вольфом и другими) сразу же активировал тему реабилитации больных: убрать “психодромы”, организовывать творческие вечера в отделениях и, что самое невероятное, водить больных из острого отделения на работу на промпредприятия. Теперь, когда я прохожу по территории современных психиатрических больниц среди отремонтированных старых и вновь построенных корпусов, среди газонов и цветов вместо “психодромов”, я вспоминаю те времена и людей-ледоколов, крошивших лед сопротивления новым веяниям в психиатрии.

А. Ю. Магалиф

Вот в такую еще нарождающуюся обстановку я и попал вместе с моим коллегой, обладавшим примерно такими же познаниями в психиатрии, замечательным человеком и впоследствии прекрасным психиатром Дмитрием Леонидовичем Хмельевским. Надо сказать, что с самого начала создания отдела и многие годы потом мозговым центром, основоположником главных теоретических разработок клинической психофармакологии был Исаак Яковлевич Гурович. Такой же молодой (35 лет), глубоко интеллигентный, остроумный, открытый, невероятно работоспособный, он сразу же взялся за наше образование. Ох, и доставалось же нам от него! “Чем определяется состояние больного?”, — постоянно спрашивал он на своей консультации. Мы невнятно лепетали, повторяя снова данные анамнеза и статуса. “Я Вас прошу дать квалификацию статуса, а не описание поведения и перечисление высказываний больного”, — строго повторял он. Мы опять лепетали. Тогда он начинал экзаменовать нас по основам психопатологии. Мы плавали. Тут И. Я. не выдерживал и угрожал отнять у нас врачебный диплом. И мы садились за учебники и руководства. Конечно, все это сопровождалось и терпеливым, тонким анализом статуса, обучением приемам выявления синдрома по одному-двум признакам. Преподав основы психиатрической пропедевтики, Исаак Яковлевич настоял, чтобы я прошел курс на кафедре А. В. Снежневского. Как я был ему благодарен

за это! Нашу группу вел тогдашний ассистент кафедры А. С. Тиганов, основные лекции читали академик А. В. Снежневский и профессор В. М. Морозов. Если бы я, как многие мои однокурсники, пришел на этот цикл без соответствующей подготовки, половина ценнейшей информации пролетела бы мимо ушей.

Постепенно накапливался практический и уже научный опыт. Я, как говорится, матерел. Много дало совместительство на скорой психиатрической помощи. Это возможность видеть больных во внебольничных условиях, где они часто совсем другие, чем в отделении, где надо быстро сориентироваться в обстановке, принять решение о недобровольной госпитализации и (что немаловажно) осуществить ее. Неоценимый опыт я приобрел и в унаследованной от А. Г. Гофмана консультативной работе в большой скоропомощной соматической больнице. Острые психозы у больных с травмами, послеоперационных больных, психические расстройства на фоне фармакотерапии и пр. Между прочим, бывая в хирургических отделениях, я переживал ностальгические воспоминания — родные запахи операционных и перевязочных, профессиональная речь хирургов, их манеры, общение, вся обстановка... Хорошо!

Так прошли первые годы моей психиатрической жизни. Потом была клиническая ординатура, и все большее занятие наукой. Но это уже другая история.

Еще до школы

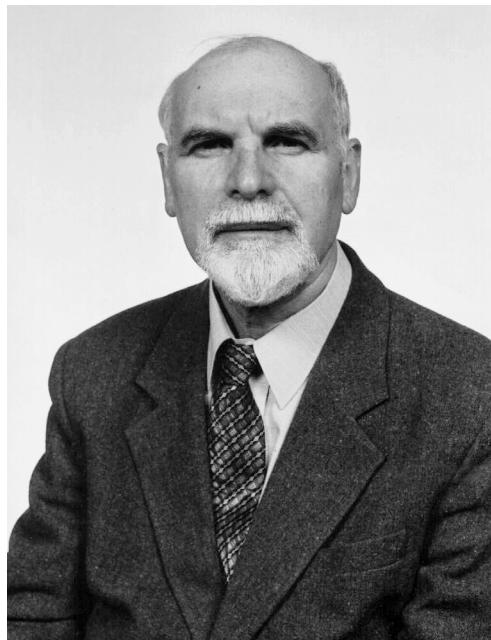
(Из тетрадей “Целебные крохи воспоминаний”)

М. Е. Бурно

Война

Когда война началась, мне было два года, а когда кончилась, уже было шесть. Почти всю войну я прожил на Спартаковской улице у бабушки с дедом. Еще жили там сестра отца тетя Валя и ее сын Жора, мой двоюродный брат, который на два года меня старше. Мои родители работали тоже в Москве в Психиатрической больнице Кащенко (ныне — снова Алексеевской), превращенной тогда в Госпиталь для раненых в голову офицеров. Там же они и жили в двухэтажном с полу-подвалом краснокирпичном доме для сотрудников. Вечером, после работы, к ним приходил со второго этажа этого дома знакомый, рентгенолог, и они втроем играли в преферанс, пили черный желудевый кофе и ели вареные картофелины в мундирах. Они так привыкли к войне, что только закрывали окно шторой во время бомбежки и продолжали играть и разговаривать. Окно закрывали, чтобы немецкий летчик не бросил на свет зажигательную бомбу и не выстрелил в окно из пулемета. На Спартаковской тоже, конечно, были бомбежки. Хорошо помню, как однажды после бомбежки бабушка выкупала нас с Жорой в ванне и накормила нас, очень чистых, кажется, в новых пижамках, жареной вкусной картошкой. Мы тоже привыкли к бомбёжке, привыкли ходить по тревоге в бомбоубежище. Помню также, как строили мы тогда с Жорой на полу дома из кубиков. У брата вышел красный дворец и понравился деду. На мою работу дед махнул рукой. Сказал, что какие-то люди в таких развалинах жили, а какие люди, не помню, смешное, какое-то лохматое название. Дед был суров, приказывал бабушке приносить ему завтрак в постель, и у бабушки бывали от него синяки. Но когда, уже после войны, бабушка заболела тяжелой, неизлечимой болезнью мозга и несколько лет до самой смерти, парализованная, не могла встать с постели, дед покорно, заботливо перекладывал ее и кормил, как помню, кусочками-кубиками хлеба, колбасы, чаем.

По воскресеньям приезжали мои родители и изредка привозили необыкновенное. То живую курицу,



купленную на больничной копюшне у главного конюха дяди Вани, то кусок толстой колбасы. Почему-то хорошо, отчетливо помню, как тихая, мягкая бабушка, еще здоровая, в конце войны, пила утром чай из белой чашки с нарисованным коричневым медведем, ела бутерброд с вареной колбасой, и от нее так вкусно пахло этой разжеванной колбасой.

3 января 1974 г.
Москва.

Немцы у Москвы

Осенью 1941 года, когда немцы подходили к Москве, верующая тетя Валя втайне от моих родителей отвела меня, уже двухсполовинойлетнего, в Еловскую церковь. Там меня крестили в православную веру. На всякий случай, как объяснила тетя Валя. Чтоб немцы не убили меня за еврейскую кровь от другого деда, которого я никогда не видел.

Хотя и дед, и бабушка, и тетя Валя много говорили между собой по-немецки, и даже, помню, висели в кухне полотенца с вышитыми на них красными немецкими словами, нас с Жорой немецкому не учили и старались при нас по-немецки не разговаривать. Опасались, вдруг кто-то подумает, что мы немцев ждем. Но мне немецкий язык, впитанный с раннего детства, боже мой, как пригодился бы теперь. Потому что благородные немецкие, австрийские, швейцарские психиатры написали замечательно глубокие книги, и многие из них на русский язык не переведены. С досадой вспоминаю, как моя австрийская бабушка Анна Адольфовна Ганцке, плохо говорившая и читавшая по-русски, мучилась, переводя мне из большой толстой книги сказку Братьев Гримм. Сказка была напечатана там готическим шрифтом и с цветными картинками. Правда, в этих картинках все было так закруглено, полакировано, например, босые ноги у девочки в лесу такие розовые и такие чистенькие, что не может так быть.

8 января 1974 г.
Москва.

Тетя Валя

Кажется, чуть-чуть помню, как меня крестили — купали ревущего в чем-то, и кажется, даже давали пить красное вино. Потом, когда мы с тетей Валей и Жорой ходили в церковь, она просила нас там целовать у пола черные фигурки ангелов. Мы гладили их по круглым, как шары, головкам и целовали. А тетя Валя запрещала смеяться при этом и говорила, что Богенька все видит и за хорошее наградит, а за плохое накажет. Тетя Валя просила нас давать ее монетки нищим у входа в церковь. В нашу квартиру часто заходили эти же нищие. Тетя Валя защищала их от ругани деда, не верующего в бога, кормила, давала напиться из эмалированной кружки. Сама тетя Валя, сколько помню, всегда торопилась сделать людям что-то хорошее. Когда заболевал кто-нибудь из одиноких соседей, она шла за ним ухаживать — кормить, давать лекарство, выносить горшок. Все это научился делать и ее сын Жора. Мне казалось странным и в то же время нравилось, что тетя Валя относится к незнакомым людям, которых впервые видит, с такой же сердечностью, как к близким. Но в Бога поверить я не смог. То, что рассказывала мне о нем тетя Валя, в сущности, было большой подробной сказкой, то есть, ясно чувствовалось, что все это понарошку. Но чем дальше я жил и убеждался в том, что люди вокруг меня взаправду умирают, чем больше убеждался в том, что и сам непременно умру, может, даже завтра, — тем яснее понимал, что необходимо быть схваченным каким-то делом или какой-то особенной любовью, чтобы это было выше, сильнее смерти, чтобы в этом состоянии совсем не страшно было бы умереть.

Все-таки мне до сих пор по душе, что меня крестили. Может быть, потому, что с этим стал ближе к русской старине.

11 января 1974 г.
Москва.

Дома

Весной 1944 года, за год до конца войны, вечером, отец вез меня, пятилетнего, со Спартаковской жить домой. Он сказал, что дома меня ждут игрушки. Пока ехали в метро, в трамвае, я, зажмурив глаза, твердил про себя, какие игрушки мне хотелось бы получить, представляя себе эти игрушки. Лошадок, жирафов, обезьянок. Дома отец вытащил из-под кровати чемодан, наполненный как раз теми жирафами, лошадками, обезьянками, которых представлял себе. Наверно, то были мои старые довоенные игрушки, бессознательно спрятанные в памяти, потому что больше никогда не удавалось мне получить таким образом то, что хотел. Я даже стал потом, желая что-то получить, действовать совсем наоборот. То есть, твердил про себя, представляя перед закрытыми глазами желаемое: не будет у меня этого, не будет! Должно быть, это дела-

лось, чтобы меньше расстраиваться, если не сбудется мечта. Мама, видя, как рад я игрушкам, потребовала, чтобы отец вытащил еще один такой чемодан из-под кровати. Когда отец стал возражать (зачем же все сразу?), мама сама вытащила и открыла второй чемодан.

Утром я смотрел в окно, как отец в палисаднике учил людей надевать и снимать противогаз. Несколько человек стояли перед ним шеренгой, и у каждого был через плечо противогаз в зеленой матерчатой сумке. Потом, дома, папа рассказал и мне, что надевший на лицо резиновую маску противогаза дышит только тем воздухом, который проходит к нему через особый уголь в металлической коробке, очищающий воздух от дыма и немецких ядовитых газов, чтобы человек не погиб, как жук для коллекции в банке.

Через три-четыре года с зеленой сумкой от противогаза я ходил с ребятами в овраг, к болотцу, в поход за тритонами, жуками, гусеницами, и в сумке был хлеб и сахар.

17 января 1974 г.
Москва.

В коммунальной квартире в доме
для сотрудников Больницы Кащенко

В этой квартире прошло мое детство после возвращения со Спартаковской улицы. Война тогда отошла уже далеко от Москвы. В день Победы запахло на московских улицах незнакомым вкуснейшим запахом любительской колбасы с грузовиков-буфетов. Еще помню химический запах тонких ярких страниц журнала “Америка”, американские бульонные кубики и яичный порошок.

Быстро появились в Москве и свои мягкие булочки, “Крюшон”, “Крем-сода” в стеклянных бутылках — вкуснейшие, без всякого чувства мыла. Появились еще и другие свои колбасы — вплоть до чесночно-еврейской в каком-то центральном гастрономе. Конечно, еще много было голодных людей, жили по карточкам. Стоял еще между нами и Западом “железный занавес”. Поэтому свое природное, не техническое, стоило гораздо дешевле, нежели потом, когда стали природное продавать за границу.

В нашей коммунальной квартире у всех семей в посуде был тяжелый хрусталь разных цветов. Даже в начале семидесятых мы, преподаватели, покупали на выездном цикле в Риге янтарные бусы по несколько штук — так недорого.

Жили мы в отдельной комнате в многокомнатной квартире до моего третьего курса медицинского института. Помню это потому, что осенью в год переезда в отдельную квартиру сосед-историк Тартаковский спросил меня на кухне, что мы теперь проходим. Я сказал, что начались внутренние болезни, и он громко смеялся.

В день рождения шли поздравлять день рождения все соседи из разных комнат. Помню, как мой ро-

весник Стасик, сын незамужней медсестры, улыбаясь, протянул мне хрустальный бокал в форме сардельки. Бокал этот и сейчас стоит в нашем серванте. А лет через сорок Елизавета Юльевна, моя медицинская сестра, многолетняя помощница, подарила мне ко дню рождения тоже хрустальный бокал, но не белый, а бордовый — и покрупнее, пошире. Но — из той же послевоенной поры, из подобной коммунальной квартиры, где жили они семьей вместе с семьей Деглиных и еще другими соседями.

3 января 2008 г.
Майкоп.

Рисование в детском саду

Еще шла или только закончилась война, а у нас, в нашем желтом детском саду у оврага, уже были цветные карандаши. Если помочить их во рту, получалось на бумаге так светло-красочно... Из смешения зеленого и желтого выходила морская волна с пеной, как у Айвазовского. Рисовал всякое жизненное мокрыми карандашами ярко-разноцветно и притом законченно, без каких-то недоговоренностей-намеков. Мне так легко, хорошо делалось в рисовании. Сейчас все думаю, что меня тогда к такому рисованию с отчетливой яркостью, законченностью подмывала моя детская неуверенность-тревога, ищущая опору в определенности.

14 августа 1994 г.
Москва.

Конюшня

Позади нашего дома стояла больничная конюшня. Отец меня туда носил маленького до войны. Я показывал, как рассказывала мама, на лошадей, кур и, не умея еще говорить, радостно произносил: “У! У!” Уже вернувшись домой со Спартаковской, крепко полюбил конюшню, подолгу смотрел, как стоят лошади, едят из кормушек овес, сено, шумно вздыхают, смотрел, как дергается их кожа, когда садятся на кожу мухи. С удовольствием вспоминаю сейчас запах конюшни, как переступали лошади с ноги на ногу, хвостами обмахивались, стоя спали. Напротив краснокирпичного хлева для лошадей был деревянный навес, под которым — телеги. Куры, петухи во время дождя сидели и стояли на земле под телегами. В глубине под навесом стояли для зимы сани, оглобли, дуги с надписью “Больница Кащенко”. На телеге с лошадью возили в громадных кастрюлях суп, кашу, кислую капусту для больных — из больничной кухни в отделения. Или возили больничную одежду.

Главному конюху, низкорослому дяде Ване, было девяносто два года, как сказал мне мой приятель толстогубый Ванька по прозвищу Губанадзе, его родственник. Дядя Ваня, помнится, разговаривал мало. Его руки были коричневыми, грубыми, как кора дуба,

пахли лошадьми. Кучер дядя Харитон помоложе, высок ростом, худ, с вихлястыми смешными движениями, веселый, хотя тоже молчаливый. Он разрешал мальчишкам звать его Харитошей. Я любил с ним молча ездить на телеге или в санях. Он сосредоточенно правил, а я смотрел на круп и хвост лошади. Хвост вдруг приподнимался, и на ходу вываливались из под хвоста зеленые навозные шары. Зимой шел от них пар, и они морозом превращались в камни. Я, кажется, тогда думал, что вот лошадь работает, везет громадные кастрюли с кислой капустой и еще нас, а в ее большом теплом животе получаются из овса и сена эти шары с таким хорошим запахом. Однажды в воскресенье в мороз мы с Харитошкой долго ездили на санях с кастрюлей каши, узлами одежды. Я промерз, очень захотелось горячих вареных картофелин в мундирах с тающими на них кусочками масла и с черным хлебом. Прибежал домой, и мама дала мне все это.

Лошадей все меньше оставалось в конюшне. Их, видимо, отдавали в колхоз, или они умирали от старости. Когда я окончил школу, конюшню закрыли: в больнице уже были свои грузовики.

1974 г.
Москва.

Наша квартира

Мы жили втроем в одной комнате. Дверь открывалась в коридор, как и двери других десяти комнат. В квартире было еще пять семей, кроме нас, много народа, а до революции в этой квартире жил больничный священник со своей семьей. Еду готовили в общей кухне на керосинках или электрических плитках, не было еще газа. Не было и прачечных. Не было у нас ни ванны, ни горячей воды. Мама вечером после работы ставила в кухне на табуретку корыто и стирала в мыльной пене белье, терла рубашки, штаны о ребра стиральной доски. Умыться утром было трудновато, потому что в кухне у довольно маленького крана с раковиной стояла очередь людей с голыми руками, племенами. Каждый держал в одной руке мыльницу, а в другой чашку с зубной щеткой.

Недавно нашел записку тех времен: мама писала отцу, что в больничной столовой продают мед и она будет стоять в очереди до конца.

25 января 1974 г.
Москва.

“Синяя птица”

В детстве несколько раз был в Художественном театре на “Синей птице” Метерлинка. Однажды — зимой, в первые дни Нового года. Там, на сцене, тоже была морозная зима за окнами хижины дровосека, ночь перед Рождеством. Детям дровосека и его жены, мальчику и девочке, приснилось, будто они проснулись, открыли ставни и смотрят сквозь бело-узорные

М. Е. Бурно

стекла, как в ярком свете веселятся у елки богатые дети в соседнем доме. На столе богатых детей — пирожки, яблочки, пирожные с кремом. Митиль вспоминает, что когда была маленькая, как-то раз ела пирожное. Тиль-тиль тоже когда-то ел. И вот тут они поругались из-за того, что Митиль считала, что в том блюде пирожные с кремом, а Тиль-тиль — что это пирожки. Я сейчас не нашел этого места в книге Метерлинка, но что-то именно такое было на сцене. Может быть, сам театр такое придумал, добавил? Во всяком случае это запало в меня и всю жизнь жалит. Конечно, помню и то, как Сахар звонко отламывал кусочки от своих белых пальцев и давал детям, как Хлеб воткнул себе в живот нож и вырезал кусок для детей. Но это все спрятано за тем особенным, грустно-смешным воспоминанием-переживанием, как в ночь перед Рождеством спорят бедные дети, воображая себя за столом вместе с богатыми, пирожок это или пирожное с кремом.

13 декабря 1985 г.
Москва.

Еще о “Синей птице”

Нежная особенность Метерлинка состоит в том, что он, рассказывая сказку или даже что-то мистическое, все устраивает так, что для меня — материалиста — все это действительно так могло и может быть. Детям Дровосека мог присниться волшебный сон про Синюю птицу. И, в самом деле, как только вспомнят умерших бабушку и деда, те как бы просыпаются и видят своих внуков. Я еще в детстве удивился этой метерлинковской правде: мертвые живут, когда о них думают живые. И тоже верно — “живые обыкновенно такой вздор городят про неживых”.

Уже взрослым читал пьесу Метерлинка про умирающую женщину — “Непрошенная”. Там все это еще сильнее чувствуется. Садовник косил в темноте под окном — как будто бы это одновременно и Смерть косила. Служанкины были шаги на лестнице — как будто бы это одновременно и Смерть шла к умирающей в дом и взяла ее. Одни так чувствуют-переживают, другие — этак. И все — правда жизни, если переживание нравственно. Потому что всякая нравственность права. Выходит, одухотворенный идеализм — такая же правда жизни, как и одухотворенный материализм.

22 января 1988 г.
Москва.

Рогатка

Не помню, на что выменял у Ваньки Губанадзе рогатку. Выстрелил несколько раз в воробьев в палисаднике — все мимо: глаз у меня всегда был расплывчатый и движения неточные. Смотрю, старушка идет незнакомая. Я ей с пяти-шести шагов легонько рогаткой в спину послал камешек и попал. Сделал это как-то бездумно, просто хотелось в кого-то попасть. Должно быть, в охотничье азарте был. Конечно, старушке не было больно, но крепко рассердилась, перелезла через забор и побежала за мной, ругаясь. Я пропустился почему-то домой. Наверно, от страха бросился в родное место, не зная, куда еще бежать. Родителей дома не было, комната наша заперта, я юркнул в уборную и там заперся. Старушка стучалась в дверь уборной, а потом в кухне высматривала у соседей, кто мои родители. Дождалась отца, и влетело мне офицерским ремнем. Поплакал, но не обиделся на отца, так и надо, поделом. Даже гордился, что ремня получил за стреляние из рогатки.

1974 г.
Москва.

Запахи слов

В громадной асфальтовой, индустриально-грохочущей Москве есть островки земли с полевыми цветами, которые почти никто не рвет. Покупают на рынке гладиолусы, астры, розы и другую садовую пышность, ярость, элегантность. Как хорошо, что люди разные, что нет сейчас моды на заброшенные простые цветы, и могу собрать в стакан этот букет — из пижмы, цикория, клевера, тысячелистника. Еще к ним прибавлю лисий хвост.

С цикорием познакомился лет в пять-шесть. Трудно было оторвать в палисаднике его крепкий, как проволока, стебель с голубыми, прозрачными на солнце цветками. И белые бабочки над этими цветками тоже были прозрачны. Узнав, что это цикорий, никак не мог соединить его с чудесным запахом бабушкиного кофе с цикорием. А некоторые другие слова с самого начала пахли тем, что к ним совсем не относилось. Так, фамилия мальчика в детском саду — Никифоров — почему-то до сих пор пахнет для меня копченой рыбой, а слово “туберкулез” — какой-то вкусной жидкой кашей вроде геркулеса.

27 июля 1985 г.
Востряково.

ПСИХОПАТОЛОГИЯ И ТВОРЧЕСТВО

Андрей Новиков¹

Мировая выставка Рассказ

Вот уже несколько часов я слушаю этот бред. Человек, которого привезли в двенадцать часов сегодня, вошел в витрину магазина и изобразил себя манекеном. Стоял одетым. Изобразил так, что никому в голову даже не пришло, что перед ними стоит в витрине человека, а не манекен. Все проходили и смотрели на него как на восковую фигуру.

Обратила на него внимание только одна продавщица, которая вызвала психиатрическую скорую помощь. Его повязали и привезли к нам.

Слишком необычный он был. В приемном покое больницы — во время субъективного анамнеза — он быстро разговорился.

Он уверял... что весь превратился в одну большую выставку... В один большой супермаркет, в котором стоят люди. Он говорил удивительно логично. Везде торгуют, все выставлено на продажу, и не только товары(и даже “не столько они сами”), сколько именно люди. Люди, говорил он, продают себя, чтобы купить товары. Скорость потребления соответствует скорости самопродажи людей. Зарабатывание денег, говорил пациент, это и есть не что иное, как продажа себя. Это, дескать, и превращает мир в “лавку дьявола”, в невольнический рынок, в котором люди выставляют на продажу свои души, свои тела, свои принципы. Словом, все, что у них.

Только вот какой черт их купит?

Я, признаюсь, такого не слышал за всю свою практику. Чем больше говорил мой сумасшедший, тем больше я, как врач-психиатр, видел строгую логику, превращавшую его мнимую “шизофрению” в вид искусства что ли. Или, как он говорил сам, в “экспериментальное сумасшествие”. Это было не помешательство, а форма объективации творчества.

Мы, психиатры, грешим тем, что интериоризируем явления, а может быть, наоборот, их нужно экстериоризовать? Превращать психические процессы, происходящие в мозгу пациента, как объективно-абстрактные?

Кажется, метафизика, как говорил старый философ, есть область объективно-абстрактного. Смот-

ря, как мы воспринимаем то или иное явление, как психический процесс или как метафизический. Перед нами человек, который превратил себя в идею. Стал скульптурным воплощением собственной мысли. А мы видим в нем шизофреника.

Представьте мир в виде больного субъекта. Все в нем движется, все течет, хотя ни черта не меняется. Люди, как муравьи, ташат на себя огромные бревна. Но вдруг все застывает. Мы видим неподвижный мир. Выставленных людей, с разинутыми ртами, в которые не войдет порция. На них одеты джинсы. Кто-то в охапку схватил телевизор. Мир вещей! Но благодаря чему он достигнут. Только благодаря тому, что сами люди превратились в вещи, застыли как манекены посреди супермаркетов, посреди работы, на улицах, на площадях. Им даже в голову не придет, что кто-то сейчас рассматривает их. Что какое-то существо неуловимо движется и скупает этих людей. Единственное, что они понимают, это то, что они продают. Продают себя для того, чтобы купить вещи. Вам это не кажется странным? Не присутствуем ли мы в некоей Лавке, в которой главный товар — не вещи, а людьи?

* * *

Я прислушался к тому, что он говорил.

— Удивительный способ современного потребительского общества в том, что количество предлагаемых товаров увеличивается по мере того, как уменьшается у рядового потребителя возможность купить их. Это напоминает галлюцинацию: видишь все вокруг себя, но ничего не доступно. Все есть, но ничего нет. Весь мир напоминает большую остановившуюся рекламу. Идешь по городу и до ничего не можешь дотронуться рукой, даже до женщин, ибо они тоже часть рекламы. Вон сколько женщин вокруг, но как с ними познакомиться? Они есть, и их — нет. Они недоступны. Они — красивые намалеванные картинки.

Он на секунду остановился и перевел дыхание.

— Вы скажите, конечно, что я наивный человек. Но в таком полуслене-полуживи живут очень многие... Они видят каждый день мир, превращенный в огромный телевизор. Они ни до ничего не могут дотронуться. На них обрушивается ежедневно водопад услуг,

¹ Андрей Владимирович Новиков (Рыбинск) — член Союза литераторов России.

товаров, информации, купить которые они не могут. Вещи стали словами. Их тысячи, миллиарды. Человек просыпается каждый день по звонку и бежит на работу. Он съедает кусок пирога и целый день живет как в полусне. Вечером он приходит домой, включает телевизор и видит... рекламу. Наконец, он приходит к выводу: весь мир есть реклама. Он НЕРЕАЛЕН. Понимаете?

Я внимательно посмотрел на него. За свою жизнь мне не приходилось видеть ничего подобного, — попадались разные безумцы. Но такого я видел впервые.

— Главная проблема, — продолжал мой пациент, — главная проблема потребительской цивилизации — противоречие между вариабельностью и возможностями(реальными возможностями). Вы скажите, что противоречие решается заработанiem

денег. Но что такое зарабатывание денег? Это прода- жа самих себя. Да еще в чудовищной форме. Так что чем больше выставляется наружу потребительских товаров и услуг, тем более мы сами превращаемся в вид товаров и услуг. Задача покупателя сводится, стало быть, к тому, чтобы продать себя. Выставить себя в этой странной метафизической бараходке, называемой потребительским обществом. Вам не кажется, что весь мир имеет продолжение в чем-то не- объяснимом?(Я невольно вспомнил, что одна из новелл Эдгара По называется “Ангел Необъяснимого”).

Чтобы купить, мы только и делаем, что продаем себя. Во что превращаются люди? В лежащие на прилавках бриллианты.

И я невольно спрашиваю себя: был ли этот больной? Или мы все больные в этом мире?..

ВСЕМИРНЫЙ КОНГРЕСС ВСЕМИРНОЙ ФЕДЕРАЦИИ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ

2 – 6 сентября 2009 г., Афины

E-mail: gchristodoulou@ath.forthnet.gr

НОВЫЙ ЕВРОПЕЙСКИЙ ЖУРНАЛ
ПО ФИЛОСОФИИ И ПСИХИАТРИИ

Jurnal für Philosophie und Psychiatrie

<http://www.jfpp.org/>

Из тени в свет перелетая

(пьеса-воспоминание в 2 действиях)

Михаил Занадворов

Время и место действия пьесы — Москва 1982 — 1985 годов.

Действующие лица (в порядке их появления на сцене):

МИША, 33 года. Бывший аспирант факультета психологии МГУ, в этот период — сторож, диспетчер ЖЭКа.

МАРГАРИТА АЛЕКСЕЕВНА, 60 лет. Бывший экономист ЦСУ, ныне на пенсии.

ПЕТР ИВАНОВИЧ, 52 года. Участковый милиционер.

МАША, 25 лет. Поэтесса, выпускница Литинститута. Невеста Миши.

ВОЛОДЯ, друг Миши, 28 лет. Выпускник технического вуза, без определенных занятий.

БОРИС, друг Миши, 40 лет. Переводчик, псаломщик в церкви.

ИГОРЬ, 42 года. Псаломщик в церкви, толкователь Апокалипсиса.

ВЛАДИМИР ДМИТРИЕВИЧ, 35 лет. Сотрудник КГБ, майор. Молодой, перспективный, делает карьеру.

ФЕДОР БОРИСОВИЧ, 55 лет. Врач-психиатр. Крупный, представительный мужчина в больших роговых очках.

Церковный сторож.

Сосед и соседка.

Больные разного возраста из психиатрической больницы.

Медсестры и санитары психбольницы.

Пролог

За сценой слышен глуховатый негромкий голос, который почти без интонаций читает стихи: “Рожденные в года глухие...” от начала до конца стихотворения. На сцене — полная темнота. Когда зажигается неяркий свет, мы видим героя пьесы — Мишу, который сидит на стуле посреди сцены. Глаза его закрыты, он погружен в глубокую задумчивость. Все дальнейшее — его видения или воспоминания. Сцена вновь погружается в темноту, и луч прожектора, словно вспышки воспоминаний, выхватывают из темноты Мишину тещу, Маргариту Алексеевну, Участкового, Мишиных друзей — Володю и Бориса, Сотрудника КГБ, Психиатра, Машу, Игоря, безымянных персонажей — больных психбольницы. Все действующие лица — в застывших позах. Когда свет зажигается снова, сцена пуста.

Сцена 11

Кабинет зав. отделением психбольницы. За большим письменным столом — лысоватый мужчина с крупным мясистым лицом лет 60, в больших роговых очках. На стене — портрет Павлова. Стол завален папками, историями болезни. На стуле — Миша, в больничной одежде, растерянный.

Врач (*не отрывая взгляда от амбулаторной карты*): Я — ФЕДОР БОРИСОВИЧ, ваш лечащий врач (*изображая участливость*): на что жалуетесь, что вас беспокоит?

МИША. Федор Борисович, раньше все вроде было нормально. Но в последние месяцы появилась какая-то тревога, непонятные страхи. Кажется, что мои разговоры прослушивают, что на улице за мной следят неизвестные люди. Даже было ощущение, что хотят арестовать.

ФЕДОР БОРИСОВИЧ. И кто же, интересно, вас хочет арестовать?

МИША. Да органы КГБ. Якобы “за антисоветскую деятельность”.

ФЕДОР БОРИСОВИЧ. Так... Типичные симптомы. (*Записывает в карту, говоря в сторону*): “бред преследования, страхи бредового характера”.

А вот здесь еще врач из диспансера записала (*громко читает*): утверждает, что верующий, верит в Бога, в Иисуса Христа. Как это с вами случилось?

МИША. Что случилось?

ФЕДОР БОРИСОВИЧ (*сердится*): как это — что случилось? Как это вы вдруг в Бога поверили? Кто-то убедил вас? Или сами?

МИША. Я сам... давно уже стал размышлять о смысле жизни... духовные поиски...

ФЕДОР БОРИСОВИЧ. Так-так... появились мысли о смысле жизни, увлечение философией. Очень интересно.

МИША. И потом еще — я ведь поэт. Пишу стихи. И вот однажды появилось бы как будто озарение, что стихи просто так не рождаются, из какого-то быта, обыденности, что это — дар свыше, с неба.

ФЕДОР БОРИСОВИЧ. Какая мысль! “Внезапное озарение...” ведь это же явное начало болезни. Вас это не встревожило, вы не пошли к врачу, к психиатру? Такие странные явления в голове...

МИША (*не понимая*): Зачем — к психиатру? Что же, тогда все поэты — душевнобольные?

Михаил Занадворов

ФЕДОР БОРИСОВИЧ (*пишет*): “Отсутствие критики”. (Мише): Да уж, не здоровые, особенно те, которые мистики. Расскажите-ка мне еще про ваши “явления”.

МИША. Какие явления? Ничего такого у меня нет.

ФЕДОР БОРИСОВИЧ (*укоризненно*): Не отрицайте, в вашей истории болезни записано об явлениях ангелов и святых.

МИША. У меня не было таких явлений. Я просто верю...

ФЕДОР БОРИСОВИЧ (*не слушая, развеселившись*): И в каком же виде являются? В виде призраков? В полночь? (*напевает*): В двенадцать часов по ночам...

МИША. Да вы же меня не слушаете! Я объясняю, что просто верю, что святые могут являться некоторым людям, по их молитвам. И потом, это же чистая логика: раз я верю в существование иных миров, то есть же какое-то общение между нашим миром и иным.

ФЕДОР БОРИСОВИЧ (*записывает, в сторону*): Верит в существование иного потустороннего мира, зрительные галлюцинации... Ну-с, на что еще жалуешься? Здесь еще написано, что вас не интересуют явления окружающей жизни? Наш социальный строй вам глубоко чужд?

МИША. Про строй я ничего не говорил. Да, так называемая “окружающая жизнь”, про которую в газетах пишут, меня мало интересует. Я стремлюсь к духовной жизни.

ФЕДОР БОРИСОВИЧ. Духовная жизнь? Поповщина, вера в Бога? (*записывает, в сторону*): сверхценные идеи, оскудения интересов, эмоциональной жизни. Что же, теперь все понятно. Постараемся вас вылечить от ваших “видений”.

МИША. И долго будет продолжаться мое лечение?

ФЕДОР БОРИСОВИЧ. Все зависит от течения болезни, от диагноза... Месяца два-три, не менее. Сейчас идите в палату, дежурный врач вас ознакомит с нашим распорядком. (*кивает, машет рукой. Входит санитар и уводит Мишу*).

ФЕДОР БОРИСОВИЧ. Полный набор симптомов, хоть студентам показывай. Жаль, что нельзя.

(*звонит телефон*)

ФЕДОР БОРИСОВИЧ. Да, это Федор Борисыч. Владимир Дмитрич? Узнал вас. Что? Подозреваете в симуляции шизофrenии? Заведено дело? Нет-нет, симуляция исключена. Стопроцентный шизофrenик. Можете мне поверить, я психиатр с 30-летним стажем. Лечить получше? Вылечим! Будет здоровенький, как огурчик. (*смеется*)

Свет гаснет.

Сцена 12

На сцене темно. За сценой в темноте слышится песня Галича: “Шизофrenики вяжут веники, а параноики рисуют нолики...” Свет зажигается. На сцене — помещение ЛТМ (лечебно-трудовые мастерские). Больные разного возраста, все — мужчины, очень сосредоточенно, от напряжения высовывая языки, орудуют отвертками, развивчивая счетчики и другие электроприборы. Где-то среди них — Миша. По радио диктор бубнит: “Передовики производства... коллектив завода “Серп и Молот”... трудовая вахта...”

Разговоры больных разного возраста.

1-й больной. А у нас на полдник за работу по два стакана компота дают. Свежие яблоки, пополам с грушами.

2-й больной. А вот в нашем отделении дают по одному стакану сметаны. Жирная, совсем неразбавленная! Один так торопился, на себя весь стакан опрокинул. Перемазался! (все дружно смеются).

3-й больной. А вот у нас выше! По стакану компота, да еще пачку вафель ананасных “Красный октябрь”, да печенья по 3 штуки.

4-й больной. Слушай, как у нас бывает, со смеху помрешь. Сам зав. отделением приходит с компота пробу снимать. Зараз по три стакана выпивает. Вот так — уух! (*показывает*)

1-й больной. А что у нас вчера было за обедом! Двое, ну которые на работу не ходят, начали все хватать, вафли, печенье, и в рот запихивать. От жадности давятся, а мы им тут надавали, да еще санитаров позвали. Их скрутили и на уколы повели.

Звучит резкий звонок. Больные уходят на перерывы. Собираются в большом холле на “производственную гимнастику”. Вперед выходит инструктор — плотно сбитая женщина с химической завивкой лет 40, командует: “Начинаем производственную гимнастику”. Туловище прямо, ноги на ширине плеч. Раз-два-три-четыре... Руки вверх, потом в стороны...” Больные с трудом вытягивают дрожащие руки, потом ноги. Дергаются, мышцы от лекарств сводят судорога. Инструктор недовольно морщится. “Слабовато делаем. Стараемся, стараемся... Раз-два-три... (хлопает в ладоши, задавая темп). Кому тяжело, разрешаю посидеть”. Двое больных ложатся на кушетки. Трое — прямо на пол. Остальные продолжают.

Гимнастика кончается.

Медсестры выстраивают больных и ведут в свои отделения. В одной колонне — Миша, он шепотом молится: “Святый Боже, Святый Крепкий, Святый бессмертный...”

1-й больной — Мише: “Что бормочешь? “Голоса”? Меня они тоже замучили. В левом ухе — голос любовника жены, издевается: “Ты, дурак, в психушке сидишь, а я тут с твоей женой трахаюсь”. А в правом ухе — голос нашего главврача: “Будешь таблетки выплевывать — на уколы посажу!”

4-й больной: “А мне рожи видятся мерзкие, черные, зеленые... Давеча в телевизоре их видел: кривляются, ухмыляются.

1-й больной: Дурак ты совсем! Это же партийный съезд был!

Уходят со сцены. Свет гаснет.

Сцена 13

(Тот же кабинет зав. Отделением психбольницы, как и в сцене № 11. Федор Борисович сидит за столом, просматривает истории болезни. Входит Миша, коротко остриженный, в больничной пижаме, худой, робко озираясь).

ФЕДОР БОРИСОВИЧ. Ну, Михаил, зачем пожаловал? Ладно уж, уделю тебе минут двадцать. Больше не могу. Как самочувствие, настроение?

МИША. Федор Борисович, я хочу сказать... Я уже два месяца здесь. Чувствую себя хорошо, нормально. Почти совсем выздоровел. Вот только мышцы болят во всем теле. Даже судороги... Почему это?

ФЕДОР БОРИСОВИЧ. Ну, это побочные действия от лекарств... Тебе что, не дают корректора? Как же так? Ладно, добавим тебе препаратов, отменять пока рано.

МИША. Отпустите меня домой, устал я здесь.

ФЕДОР БОРИСОВИЧ. Да ты в своем уме? Что ты — отпустить? Так мы всех отпустим, без зарплаты останемся. И что значит “выздоровел”? (Довольно улыбается). Во-первых, от наших болезней не выздоравливают. Возможно только улучшение, и то небольшое. Во-вторых, я у тебя и признаков улучшения особенно не вижу.

МИША (*чуть не плача*): Как это не видите? Настроение хорошее, мысли у меня, как раньше было, не беспокоят.

ФЕДОР БОРИСОВИЧ (*заинтересованно*): Что, исчезли навязчивые мысли? И вообще мыслей нет? Никаких? Всего за два месяца! Какой эффект!

МИША. Да, совершенно никаких. Такое ощущение, словно вместо мозгов — какая-то серая вата. Понему это? Полное отупение...

ФЕДОР БОРИСОВИЧ. К сожалению, таковы побочные действия препаратов. Подавляются не только бредовые, сверхъенные идеи, но и любая умственная активность. Да тебе сейчас и думать вредно. Думать за вас врачи будут.

МИША (*внезапно*). Какой же диагноз вы мне поставили?

ФЕДОР БОРИСОВИЧ. Не могу сказать, извини. Врачебная тайна. Не имею права, в интересах больного. А что касается “выздоровления”... Должны быть ясные симптомы. Улучшение социальных контактов, например. А многие больные (*заглядывает в папку*) на тебя жалуются, что ты заносчивый, высокомерный. Не хочешь с ними общаться. Это же аутизм!

МИША (*растерянно*). Да почему аутизм? Мне просто с ними неинтересно. У меня здесь нет друзей.

ФЕДОР БОРИСОВИЧ (*назидательно*). Вот и плохо, что нет. Уединяешься, часами один сидишь, думаешь о чем-то... (*внезапно, как бы озаренный мыслью*) Как же ты думаешь, без мыслей? Это же загадка какая-то... Метафизика!

МИША. О чём мне говорить с тяжелобольными, слабоумными? Что у нас общего?

ФЕДОР БОРИСОВИЧ. Почему такой снобизм? Не одни же у нас тут слабоумные? А ты разве не больной? А, может, ты и вправду здоровый, а мы вот ошиблись, недоглядели? (*с подозрением смотрит на Мишу*).

МИША. (*на мгновение видит в нем образ майора КГБ Владимира Дмитриевича, испугано*). Да нет, как же здоровый, если я в психбольнице.

ФЕДОР БОРИСОВИЧ. Ну вот, сам видишь, рано тебе еще о выписке думать. Ладно, иди давай в палату, а то мне на обход идти. Поправляйся давай, пролетки не забудь.

Сцена 14

(На прогулку в зарешеченный дворик больницы выходят больные, один за другим, человек 7 – 8, одетые в телогрейки и ватники (на улице холодно, ноябрь), с номерами “22” на спине. Процессию возглавляют два санитара, в белых халатах и сапогах. Возле дворика с ключами стоит немолодая полная медсестра, с добродушным лицом. К ней робко подходит девочка с сумкой в руках. Это Маша.

МАША (к медсестре). Разрешите мне с Мишой поговорить. Вот он (*указывает на Мишу, он смотрит на Машу сквозь решётку*). Я раньше не могла никак... У вас тут карантин был.

МЕДСЕСТРА. Да сейчас не время. Неприемный день. А ты кто ему будешь?

МАША. Я? Я его невеста. Дайте нам поговорить. Вот, на скамейке поговорим.

МЕДСЕСТРА (*с сожалением в голосе*). И как тебя угораздило в такого влюбиться?

МАША. Да мы уже в загс собирались идти, и вот внезапно случилось...

МЕДСЕСТРА (*смягчаясь*). Да он выше-то ничего, тихий. Все думает о чём-то или молитвы читает потихоньку. Кроткий, никому сдачи не может дать.

МАША. Ну пожалуйста, позовите его. Мы недолго.

МЕДСЕСТРА. Ну, ладно. Задворный, пришли к тебе!

(Миша выходит из дворика. Они робко обнимаются, потом садятся на деревянную скамейку, в нескользких шагах от медсестры. В дальнейшем их беседа то и дело перебивается голосами больных, которые порой совершенно их заглушают, и мы слышим только обрывки разговора).

Михаил Занадворов

МИША (*старается бодриться*). Вот и Маша пришла, пирожков принесла!

МАША (*всматриваясь в Мишу*). Миш, какой ты худой, весь щетиной оброс... Ежик в колючей шубке! Ежик в колючей шубке! (*проводит ладонью по щеке Миии*).

МИША (*шутливо обижаясь*). Ну ладно, ты сама Царевна-Лягушка! Обрашешь тут. Нам же, “психам”, бритвы не дают. Чтоб друг друга не порезали. Да и зеркала нет — по той же причине.

(Несколько больных ходят по прогулочному дворику, туда-обратно, по 10 шагов. Остальные стоят или сидят, прямо на земле).

1-й БОЛЬНОЙ — 2-му. Слыши, брат, дают тебе желтые таблетки, здоровые такие? От них такая хрено́тень... Все мышцы скручивает, глаза слезятся и язык набок вылезает. Я врачу говорил, да бесполезно.

ВТОРОЙ. А ты чо, дурак, чо ли? На фиг тебе таблетки? Выплевывай их. И все.

МАША. Пирожки не принесла, зато вот тут много всего (*вынимает из сумки продукты*). Вот, бутерброды с колбасой, с сыром, пряники, сок вишневый. Ешь скорей, не могу на тебя такого смотреть. Какой ты голодный!

МИША (*набрасывается на еду, с набитым ртом*). Как вкусно! Спасибо, накормила голодающего!

ТРЕТИЙ БОЛЬНОЙ (*мечтательно*). А мне такие зеленые таблетки дают, круглые. От них потрясный кайф, вроде легкость в теле необыкновенная. Готов прямо как чайка — раскинуть руки, взмыть и лететь, лететь... К чертовой матери лететь! Только окна все в решетках.

ЧЕТВЕРТЫЙ БОЛЬНОЙ (*интеллигент, с бородкой под Чехова*). Ну ты, чайка Джонатан Ливингстон!

ТРЕТИЙ БОЛЬНОЙ (*оскорблённо*). Я что, американский шпион? Щас ты у меня получишь! (*замахивается на него кулаком*). Санитар подбегает, дает ему по шее, заламывает руку.

МИША Да... давно хотел спросить. Как там Маргарита Алексеевна, в порядке? На пенсию еще не вышла?

МАША. С мамой все отлично. Вся в работе, вовсю пашет в своем ЦСУ. Так что я пока на свободе, не под конвоем.

МИША (*шутливо*). А как там ваша Динка? Облаивает всех подряд? Классная собака!

ПЯТЫЙ БОЛЬНОЙ. Собаки, собаки! Откуда тут собаки? Пошли вон! Брысь, брысь!

МАША. Миш, у нас мало времени. Давай о главном. Как же ты здесь, среди этих...?

МИША. Да ничего. И здесь тоже люди живут. Психи, они что, не люди? Знаешь, как иногда погово-

рить интересно! Вот только вороватые очень. Поэтому я такой голодный... они же всю еду у меня ташат. И жрут. Вот, три дня назад, на столе в буфете оставил недоеденный бутерброд. С копченой колбасой. Вышел на минутку, вернулся — бутерброда уже нет. И так каждый день. Пряников кулек утащили...

ПЕРВЫЙ БОЛЬНОЙ — ВТОРОМУ (*продолжая разговор*). Попробуй только не проглоти эту гадость! Медсестра, ну эта, Танька рыжая, лезет ложкой в рот или прямо пальцем и смотрит, не заныкал ли я под языком. Пару раз она меня поймала, так потом уколы в жопу назначила. Неделю потом сидеть не мог.

ВТОРОЙ. Соображать надо! Я секрет знаю, куда заныкать. Хошь, покажу?

МАША (*с ужасом*). Тебя надо спасать отсюда! Смотри. До чего ты дошел — дергаешься весь, глаза запали... (*говорит шепотом*). У меня есть план. Тебе надо бежать!

МИША (*пораженный*). Как?! Разве это можно?

(Медсестра начинает прислушиваться. Маша за jakiяет Мише рот рукой, и они говорят шепотом, так что мы дальше не слышим, о чем они говорят. Маша рисует что-то на листке, потом сует Мише листок и какой-то предмет. Миша прячет все это в носок).

Свет на сцене медленно гаснет.

Потом — полная темнота. Горит только пара фонарей. В свете прожектора мы видим, как Миша, в больничной одежде, открывает трехгранным ключом дверь отделения, выходит на улицу, крадется к дыре в заборе... Дальше мы слышим вой сирены, скрежет тормозов. За сценой на заднике видно, как остановилась “Скорая”. Из нее выбегают два санитара, скручивают Мишу, заталкивают в машину. Машина, загудев, куда-то уезжает.

Сцена 15. Разговор с тещей (продолжение 1 сцены)

Интерьер тот же, как и в 1 сцене 1 Действия

МАРГАРИТА АЛЕКСЕЕВНА. Какая у вас книжка — грязная, замусоленная... Противно в руки взять. (Листает, с сарказмом): Хороша у вас трудовая биография, ничего не скажешь! Полгода здесь, три месяца там... Сторож, диспетчер Жэка... Легкой жизни все ищете! Летаете, как птички, с ветки на ветку, зернышки клюете.

МИША. Живите, как птицы небесные, — сказано в Евангелии.

МАРГАРИТА АЛЕКСЕЕВНА. Не юродствуйте! Мне ваш Христос не указ.

МИША. Я не ищу легкой жизни, я ищу себя. Есть разные обстоятельства...

РЕКОМЕНДАЦИИ

В. В. Бибихин. Ранний Хайдеггер. — М., 2009

В. П. Зубов. Аристотель. — М., 2009

И. С. Вдовина. Феноменология во Франции. — М., 2009

В. П. Визгин. Философия Габриеля Марселя. — СПб., 2008

Людвиг фон Витгенштейн. Дневники 1914 – 1916. — М., 2009

Е. Н. Францева-Дозорова. Философы и музыка. — М., 2007

* * *

Йозеф Ратцингер. Папа Бенедикт XVI. Иисус из Назарета — СПб., 2009

Томас Манн. Аристократия духа. — М., 2009

Марк Хаузер. Мораль и разум. Как природа создавала наше универсальное чувство добра и зла. — М., 2008

Биоэтика и гуманитарная экспертиза. — М., 2008

* * *

Йоган Фридрих Гербарт. Психология. — М., 2007

И. Штейнберг, Т. Шанин, Е. Ковалев, А. Левинсон. Качественные методы. Полевые социологические исследования. — СПб., 2009

Ю. С. Степанов. Методы и принципы современной лингвистики. — М., 2009

Ю. И. Манин. Математика как метафора. — М., 2008

О. С. Никольская. Аффективная сфера как система смыслов, организующих сознание и поведение. — М., 2008

* * *

Фридрих фон Хайек. Судьбы либерализма в XX веке. — М., 2009

Ян Паточка. Еретические эссе о философии истории. — Минск, 2008

Эрнст Юнгер. Националистическая революция — М., 2008

Пьер-Андре Тагефф. Цвет и кровь. Французские теории расизма. — М., 2009

Альберт Отто Хиршман. Выход, голос и верность. — М., 2009

Елена Калашникова. По-русски с любовью. Беседы с переводчиками. — М., 2008

* * *

Виктор Гиндилис. Эпизоды из советской жизни. Воспоминания. — М., 2008 (события эпохи 1960 – 1980 гг. в Институте психиатрии АМН СССР, Институте генетики АМН СССР, Институте судебной психиатрии им В. П. Сербского, пристрастно-честный непричесанный свободный взгляд на происходившее выдающегося генетика)

Д. И. Дубровский. Воспоминания. — М., 2009

Внучка Мейерхольда. — М., 2009

Рейнхард Крумм. Исаак Бабель. Биография. — М., 2008

Генри Моргенau. Трагедия армянского народа. — М., 2009

В. М. Чернов. В партии социалистов-революционеров: воспоминания о восьми лидерах. — СПб., 2007

Чекисты. История в лицах. — М., 2008

* * *

Аби Варбург. Великое переселение образов. — СПб., 2008

Эрвин Панофский. Этюды по иконологии. — СПб., 2009

В. П. Шестаков. История истории искусства. — М., 2007

Вячеслав Шестаков. А прошлое ясней, ясней, ясней. (Воспоминания шестидесятника) — СПб., 2008

ABSTRACTS

The 20-th Anniversary of the IPA of Russia

The Independent Psychiatric Association of Russia (IPA) is one of two All-Russian psychiatric organizations distinct from the Russian Society of Psychiatrists (RSP) only by its priorities and greater intolerance to ethical violations. Almost all members of the IPA are simultaneously members of the RSP. The Association was founded in March, 1989 and it was for the first time actually public (that is organized from below) and for the first time really independent. And immediately it became the indicator of public processes in the country. By the moment of its creation the All-Union Society of Psychiatrists had been excluded from WPA for using psychiatry for political purposes, diagnosis of schizophrenia was used three times more often than in other countries, there was no Law on psychiatric care and the science itself was totally put on ideological footing.

The Independent Psychiatric Association at once established the service of independent psychiatric evaluations, which in the initial first years was changing and even rejecting psychiatric diagnoses of the third of the applicants, validity of which was confirmed by All-Russian Society of Psychiatrists also. Later on it took part in the most acute evaluations — from General Grigorenko to colonel Budanov. Members of the IPA constituted one forth of the commission for working out the Law of the Russian Federation on Psychiatric Care. Only the Journal of the IPA introduces column "Psychiatry and Law" and in its commission of experts works a lawyer on permanent basis. In the professional sphere the Association follows the phenomenological trend in psychiatry in the spirit of Jaspers and Kurt Schneider. After the first seminar of educational program on that theme in 1992 the substantial number of professors and Chief psychiatrists from all the

country joined the Association. Independent Psychiatric Journal has been published since 1991 and since 1994 open discussions of clinical cases have been organized. Backward movement from democratic gains, began in 1995, was followed by court trials against religious organizations under false pretext of inflicting "serious damage to mental health". Our research proved absence of any damage of mental health in these cases. And the Association was subjected to various forms of the pressure. In 2003 after three years of lawsuit the RF Ministry of Justice ordered to strike out from the Charter the right to conducting forensic psychiatric evaluations. The IPA managed to uphold its right to psychiatric examination.

The Association has remained loyal to earlier proclaimed principles, the main of which is a high professionalism, in psychiatry it includes everything indispensable. The association is a member of the Russian Research Center for Human Rights and a number of its members work in the Commission of Experts at the RF Ombudsman for Human Rights. In the WPA it has 7 votes (the RSP — 11 votes). Struggling with police psychiatry and anti-psychiatric tendencies, the Association withstands renewed pressure to use psychiatry for political and other non-medical purposes, continuing noble traditions of Russian psychiatry.

One can acquaint oneself with our publications in the following editions:

Mental Health Global Policies and Human Rights. Eds: Peter Morrall & Mike Hazelton. Whurr publ. London and Philadelphia, 2004, 128 – 148.

Human Rights and Psychiatry in the Russian Federation. MHG, IPAR, 2004.

Sluggish Schizophrenia (Schizotypal Disorder) Combined with Alcohol Addiction

A. G. Hofman, I. V. Schlemina, E. S. Loshakov, K. D. Malkov

The examination of 84 persons with schizotypal disorder (sluggish schizophrenia) complicated by alcoholism or chronic alcohol intoxication has been conducted. It was established that differently from non-complicated schizotypal disorder at combination of two diseases prevalent are depressive disorders, but not psychopathetic-like and neurosis-like.

Depressions are often atypical and have tendency to prolonged course. Alcoholism is usually attached to a schizotypal disorder, drinking sprees provoke appearing depressive conditions. The therapy is most effective with use of psychotropic preparations and with psychotherapeutic influence and treatment of alcohol addiction.

Primary Pathological Attraction to Gambling. Phenomenological and Methapsychological Point of View

D. A. Avtonomov

The author considers phenomenological and methapsychological approach to syndrome of pathological attraction on the example of attraction to gambling. He presents dynamic and stage by stage description of this

syndrome at pathological gamblers. And he also criticizes traditional conception of pathological attraction as a phenomenon belonged to obsessive and compulsive register.