

ISSN 1028-8554

НЕЗАВИСИМАЯ ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ АССОЦИАЦИЯ РОССИИ  
INDEPENDENT PSYCHIATRIC ASSOCIATION OF RUSSIA

---

**НЕЗАВИСИМЫЙ  
ПСИХИАТРИЧЕСКИЙ  
ЖУРНАЛ**

**INDEPENDENT  
PSYCHIATRIC  
JOURNAL**

**ВЕСТНИК ИПА  
IPA HERALD**

**II**

**2001**

МОСКВА

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  
В. Г. Батаев  
А. Н. Богдан  
М. Е. Бурно  
Л. Н. Виноградова  
В. Е. Каган  
Г. М. Котиков  
А. Ю. Магалиф  
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  
Vladimir Bataev  
Anatol Bogdan  
Mark Burno  
Liubov Vinogradova  
Victor Kagan  
Grigori Kotikov  
Alexander Magalif  
Vladimir Prokudin

Сдано в набор 28.05.2001. Подписано в печать 22.06.2001. Формат 60×84<sup>1</sup>/<sub>8</sub>.  
Бумага типографская офсет № 1. Гарнитура "Таймс". Печать офсетная.  
Тираж 3 000 экз. Заказ № 2001-02-ИРА.

Цена свободная

Оригинал-макет подготовлен в издательстве "Фолиум", 127238, Москва, Дмитровское шоссе, 58  
тел./факс: (095) 482-5590, 482-5544, E-mail: folium@online.ru, Web-site: <http://www.folium.ru>  
Отпечатано в типографии издательства "Фолиум", 127238, Москва, Дмитровское шоссе, 58

# СОДЕРЖАНИЕ

## АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ПСИХИАТРИИ

- Эпилептическая “конституция вот-бытия” восприятия князя Мышкина  
в его пространственности и временности — Альфред Краус (Гейдельберг) . . . . . 5
- Эрнст, Теодор и Амадей Гофманы — И. Б. Якушев (Северодвинск) . . . . . 10
- Шизофренический дефект и понятие психопатологического диатеза — С. Ю. Циркин . . . . . 12

## КЛИНИЧЕСКИЕ РАЗБОРЫ

- Банальный случай . . . . . 16

## ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ

- Вопросы психического здоровья и психиатрической помощи  
на страницах российской прессы — Ю. И. Полищук . . . . . 23
- Социально-правовые аспекты реабилитации инвалидов стационарных учреждений  
социального обслуживания — М. С. Казаков . . . . . 28
- Необходимость терапевтического мониторинга  
психотропных средств в детской психиатрии —  
А. А. Баянов, И. В. Ширяева, С. А. Королева (Новосибирск) . . . . . 31

## ПСИХИАТРИЯ И ПРАВО

- Эксперт-психиатр. Кто он? (о правомерности судебно-экспертной  
деятельности НПА России) — Ю. Н. Аргунова . . . . . 35

## ИЗ ДОСЬЕ ЭКСПЕРТА

- Клиническое расхождение общих и судебных психиатров — Н. В. Семенова (Кострома) . . . . . 38
- О состоятельности экспертных заключений в гражданском процессе —  
В. Г. Батаев, Л. Н. Виноградова, В. Н. Прокудин, Ю. С. Савенко,  
Н. В. Спиридонова, В. Н. Цыганова. . . . . 48

## ПСИХИАТРИЯ И РЕЛИГИЯ

- Экспансия идеологии на психическое здоровье — Ю. С. Савенко. . . . . 50
- Весеннее обострение в Нижнем — В. В. Власов (Саратов) . . . . . 58

## 100-ЛЕТИЕ НИКОЛАЯ ВИТАЛЬЕВИЧА КАНТОРОВИЧА

- О классификации психогений и пограничных состояний (1964) —  
Н. В. Канторович . . . . . 60

- 10 ЛЕТ БЕЗ А. И. РУДЯКОВА И Б. А. ПРОТЧЕНКО . . . . . 65

## ХРОНИКА

- Отношение к психическому здоровью как индикатор приоритетов. . . . . 66
- 13-е Кербиковские чтения . . . . . 67

## ПСИХОПАТОЛОГИЯ И ТВОРЧЕСТВО

- “Под бурей рока — твердый камень, в волненьях страсти — легкий лист...” —  
Н. Н. Богданов . . . . . 68

- РЕКОМЕНДАЦИИ . . . . . 78

- АННОТАЦИИ И ПЕРЕВОДЫ. . . . . 79

# CONTENTS

## URGENT PROBLEMS OF PSYCHIATRY

- Epileptische Daseinsverfassung des Fürsten Myschkin in ihrer Räumlichkeit und Zeitlichkeit — Von Alfred Kraus (Heidelberg)** . . . . . 5
- Ernst, Teodor and Amadei Gofmans — I. B. Yakushev (Severodvinsk)** . . . . . 10
- Schizophrenic defect and conception of psychopathological diathesis — S. Yu. Tsyarkin** . . . . . 12

## DISCUSSION OF A CLINICAL CASE

- The banal case.** . . . . . 16

## MENTAL HEALTH

- Problems of mental health and of psychiatric care on pages of Russian mass media — Yu. I. Polischuk** . . . . . 23
- Social and legal aspects of rehabilitation of disabled persons in in-patient facilities of social welfare — M. S. Kazakov** . . . . . 28
- Necessity of therapeutic monitoring psychotropic substances in child psychiatry — A. A. Bayanov, I. V. Shiryaeva, S. A. Koroleva (Novosibirsk)** . . . . . 31

## PSYCHIATRY AND LAW

- Expert-psychiatrist. — Who is he? (on legality of forensic examination activity of the IPA of Russia) — Yu. N. Argunova.** . . . . . 35

## FROM AN EXPERT'S DOSSIER

- Difference in clinical opinions of general and forensic psychiatrists — N. V. Semenova (Kostroma)** . . . . . 38
- On competitiveness of expert evaluations in civil trials — V. G. Bataev, L. N. Vinogradova, V. N. Prokudin, Yu. S. Savenko, N. V. Spiridonova, V. N. Tsyganova.** . . . . . 48

## PSYCHIATRY AND RELIGION

- Expansion of ideology to mental health — Yu. S. Savenko** . . . . . 50
- Spring exacerbation in Nizhny Novgorod — V. V. Vlasov (Saratov)** . . . . . 58

## 100-TH ANNIVERSARY OF NICOLAI VITALYEVITCH KANTOROVITCH

- On classification of psychogenic and borderline disorders (1964) — N. V. Kantorovitch** . . . . . 60

- 10 YEARS WITHOUT A. I. RUDYAKOV AND B. A. PROTCHENKO** . . . . . 65

## CHRONICLE

- An attitude to mental health as an indicator of priorities** . . . . . 66
- 13-th Kerbikov hearings** . . . . . 67

## PSYCHOPATHOLOGY AND CREATIVENESS

- “Under the storm of ill fate — hard rock, in turmoil of passion — thin leaf” — N. N. Bogdanov** . . . . . 68

- RECOMENDATIONS.** . . . . . 78

- ABSTRACTS AND TRANSLATIONS.** . . . . . 79

## Эпилептическая “конституция вот-бытия”\* восприятия князя Мышкина в его пространственности и временности

Альфред Краус (Гейдельберг)

Эпилептический припадок выглядит настолько подавляющим и уничижающим страдальца, что представляется невозможным активное участие экзистенциальной сущности больного в этом процессе. Разве не служит именно критерий пассивности и активности личности дифференциации эпилептических припадков от истерических? Само психическое состояние во время эпилептического пароксизма представляется навязанным больному органически-патологическими процессами. И Мышкину тоже кажется, что чем ближе припадок тем все больше он впадает в состояние пассивно претерпеваемого изменения. С другой стороны, у него имеется сознание ему самому доступного самостоятельного мышления, способности к решениям и действиям до той грани, где он начинает сомневаться, определяются ли его действия его собственной волею или влиянием болезни.

Этот вопрос Мышкина об осознании самого себя в преддверии припадка мы ставим здесь в очень широком смысле. Мы спрашиваем о возможной генетической связи между эпилепсией и состоянием Мышкина непосредственно перед припадком, характеризующимся особым страданием и раздвоенностью. Так может оказаться, что предполагаемые патологические способы переживаний и действий перед, а особенно во время эпилептических аур не являются чем-то абсолютно чужеродным для личности. Их скорее всего следует рассматривать как следствие вступающего в неизбежный кризис представления Мышкина о конституции вот-бытия в теснейшем контексте с устройством его собственной истории жизни.

Предлагаемое феноменологическое исследование направлено в основном на анализ пространственности и временности конституции вот-бытия Мышкина. Мы ссылаемся при этом прежде всего на самоинтерпретацию его жизненной схемы, в которой он раскрывает единственно для него приемлемую возможность жизни.

Во время своего приезда в Швейцарию Мышкин был глубоко потрясен красотой Люцернского озера. Однако, как всегда при виде подобных ландшафтов, это переживание возникло у него одновременно с тревогой и тяжестью на сердце. Позднее, лет через 10 князь ощутил внезапно во время прощальной речи чахоточного Ипполита перед его попыткой самоубийства переживания своей ранней юности, которые на-



Кн. Мышкин — И. Смоктуновский  
зарисовка худ. А. Галеркина, 1958 г.

столько совпадали с переживаниями Ипполита, что он решил, будто тот все свои слова заимствовал из его собственных “тогдашних слов и слез”. Он думает, что у него, как и у Ипполита с его отрицанием красоты в природе, были те же самые мысли о той крошечной мушке, которая, как с болью заявил Ипполит, “во всем этом хоре участница, место свое знает, любит его и счастлива”, в то время как он “один отвергнутый”. Мышкин вспоминает свои собственные тогдашние мысли: “И у всего свой путь, с песней отходит и с песней приходит, лишь я один ничего не знаю, ничего не понимаю...”. Он “всему чужой” и чувствует себя “исключенным”. С этим мучительнейшим ощущением чуждости простирал он в Швейцарских горах свои руки в светлую бесконечную синеву и плакал. Ему казалось, что он даже занимался подобными вопросами и

умозаключениями, которыми Ипполит обосновывал свое возмущение божественным миропорядком. Все эти мучающие идеи в то время, однако, в нем “не приняли никакой формы”. “Что же это за всегдашний великий праздник, которому нет конца, к которому его тянет давно, всегда с самого детства, и к которому он никак не может пристать?”

Опыт непроницаемости Мышкина, “плотности” (1) и отказ от природы против требований любящего единбытия Камю описал как феномен абсурда под названием отчуждения. Камю пишет: “В глубине каждой красоты кроется нечто нечеловеческое” /с. 17/ (1). Чувство отчуждения охватывает нас, когда мы переживаем, “с какой интенсивностью природа или ландшафт отрицают нас” /с. 17/ (1). Эта “диспропорция между человеческими устремлениями и действительностью” /с. 114/ (1), как Камю описывает феномен абсурда, непереносима для князя. В нем совершается глубоко охватывающее, чреватое последствиями изменение, которое Мышкин передает нам в эффектных картинах. Водопад, шум которого усиливает его “беспокойство”, горная вершина, к полуденному часу совпадающая с той линией, “где встречаются земля и небо”, становятся приютом его страстной тоски, метафорами нового пространства и времени его вот-бытия.

Горная вершина, только лишь точка прицела и отправная точка пути,\*\* не допускает далее пространственного расширения самого пути. Оттуда “манит его” за линию горизонта, где он ожидает возвышенной жизни. Горизонт означает, как поясняет *Graumann* (2) в своей Феноменологии перспективы, не только пограничную линию между наблюдаемыми верхом и низом, он объединяет когда-либо воспринимавшееся с трансцендентно воспринимаемым пространством для создания целостности принципиально могущего быть воспринятым пространства. Посредством преодоления даваемого горизонтом ограничения переживаемого пространства Мышкин пытается прорваться сквозь неразрешимое для нас, людей, взаимоотношение человек — горизонт в безграничность пространства. И вот переживание действительно воспринимаемого растворения природной границы и меры мы находим в препароксимальном состоянии, о котором однажды говорится: “Все казалось перед ним расширяющимся”. В картине излюбленного водопада уже заключена возможность собственного низвержения.

Препароксимальному восприятию находящегося в критическом состоянии растворения пространства соответствует подобная же угрожающая остановка времени. Здесь мы также обнаруживаем вне ситуации припадка аналогичные формы переживания, которые для всей жизни Мышкина приняли характер схемы. На примере смертной казни Мышкин пытается в переживании за несколько минут перед смертельным ударом гильотины понять то, до мгновения сжатое время, которое одновременно потенцируется в вечность. Бесконечное значение, которое в эти минуты содержится в сознании осужденного, князь хотел бы перенести на

свою жизнь. Он хочет “каждую минуту превратить в вечность”. То, что Мышкин описывает здесь как схему своего вот-бытия, он переживает в эпилептической ауре в “необычайном свете” и “высшем покоем” наполненном мгновении, когда ему внезапно становятся понятными странные слова, что “больше не будет никакого времени”. Речь здесь идет о той же “секунде”, как пишет Достоевский, “которой недостаточно, чтобы вытекла вода из опрокинутого кувшина страдающего эпилепсией Мохаммеда, в то время как Мохаммед смог посетить все места обитания Аллаха”.

Как, однако, можно было бы определить существующие при этом особые формы переживаемого времени? Идет ли речь при этом о тех возвышенных состояниях низвержения вечного до временного, той связи конечного с трансцендентным, которой *Ясперс* характеризовал *экзистенциальное время*? Является ли эпилептический миг тем мигом в смысле *Хайдеггера*, который есть *собственно настоящее*? Если мы остановимся на феноменальном содержании смертной казни, то значение каждой минуты перед экзекуцией не в возвращении к прожитой жизни, ни в стремлении к будущему, но в “чистом” присутствии в настоящем. Настоящее, которым Мышкин хочет заполнить свою жизнь, это вовсе не миг в смысле Хайдеггера, как “решительное, но в решимости своей сохраняющее отодвижение вот-бытия к тому, что остается в ситуации безопасных возможностей и обстоятельств”\*\* (3). Настоящее Мышкина отделено от своего собственного будущего и принадлежащего ему прошлого.

В процессе формирования чистого настоящего Мышкину не удается ни войти в преддверие собственного будущего ни возвратиться в прошлое. Ведь будущее и прошлое в этом смысле являются ни чем иным как способом этих возвращений к самому себе, в котором мы являемся посредниками для самих себя.

Князь Мышкин в предоставляемой настоящим возможности открытия вот-бытия выбирает свободу, которая устремлена не к тому, что осознать себя вновь, но напротив, постоянно от себя убегает. Идеал бытия чистого настоящего влечет за собой полное изменение бытия-в-мире Мышкина. Таким образом удается установить нечто вроде особенного типа активного получения опыта или его отношения к современникам исключительно на основе этого особого образа формирования мышления.

Опыт же является, как учил Гегель не просто включением наблюдений в сокровищницу знаний, но и “диалектическим процессом, который сознание производит в самом себе\*\*”, на основе как своего знания так и своего сюжета” (4). Опыт таким образом имеет в качестве предусловия такое возвращение к самому себе, как это происходит в отношении прошедшего и будущего. Собственный опыт поэтому согласно *Гадамеру* является посредством рефлексии на самого себя “опытом собственной историчности” (4). Посредством него человек “осознает свою конечность”, через него оказывается “чистой иллюзией то, что можно все вернуть,

что все существует во все времена и все как-нибудь повторяется” (4), как полагает Мышкин. Цель жизни Мышкина по мнению сестры Аглаи это “дешевизна”, нежелание вкладывать свою копейку в жизнь, которая расходуется, т.е. не уничтожать беспрестанно самого себя в процессе опыта. Поэтому он может сказать “мое время целиком принадлежит мне”, так как не подчиняется своей конечности. Евгений Павлович дал довольно меткую и объемлющую характеристику, в которой парадоксально сформулировал, что князь “от рождения неопытный”. В своей непосредственности и прямодушной чистосердечности Мышкину не хватает самостоятельного опыта его поведения, что с одной стороны ощущается в отсутствии чувства дистанции и нетактичности, и из-за чего он же, с другой стороны, может безмерно эксплуатироваться. Снова и снова Достоевский отправляет нас в детство князя, которое, как мы теперь знаем, равным образом прошло в условиях дефицита опыта.

Этот дефицит не означает конечно, что “опыт” в определенной мере оставался вне его Я. Он как непосредственное принадлежит к постоянству его нрава. Образно можно понимать это взаимоотношение Я, которое пребывает в чистом настоящем, к непосредственному прошлому, как диссоциацию высоты перед глубиной. Высказанное здесь в этой метафоре соответствует описанным Brautigam у больных эпилепсией дневной и ночной сторон личности.

Лишь вкратце мы можем здесь согласиться с толкованием особого образа сознания Мышкина, вытекающим из указанного представления о временности. Основополагающие доказательства феноменологической и онтологической связи *бытия-для-другого* с представлением о временности привел *Сартр*. Если мне в теперешнем настоящем дается мимолетный миг свободы, то другой находит эту свободу “внутри сердца” (5), в то время как он определяет меня в факте моего существования, то есть в моем подчиненном преходящего бытия. В то время как другой трансцендирует меня в мое объективное существование, он заставляет меня “совершенно оцепенеть” “прямо во время моего бегства от действительности” (в виде проявляющейся через настоящее свободы) (5). Собственное восприятие этого процесса, во время которого мы пытаемся уйти от этого захвата другими, вызывает то чувство стыда, к которому князь был понятным образом особенно предрасположен. Всегда в тех случаях, когда так часто в момент направленной против него атаки Мышкин заливался краской стыда, мы наблюдаем непосредственно его бегство от “быть в ситуации” в его собственное, безисторичное, экстатическое настоящее. Так как он, таким образом, в состоянии удаления не возвращается больше в себя, то у него отсутствует, исходя из его структуры вот-бытия, какая-либо возможность агрессивного противопоставления. Особенно отчетливо проявляется это избегание также и в моменты возможной реализации эротических отношений. Так Мышкин уклоняется от Аглаи, тем что он превращает ее лицо “в

портрет”, перед которым он хотя и не может открыть глаз, но который однако, кажется ему “отдаленным как на 2 версты от него”. Аглае это представляется так, будто ему хотелось бы “трогать ее как предмет”. Одновременно Мышкин чувствует стремление отдалиться и мечтает о своей “определенной точке в горах”. Обоснованное сомнение в его экзистенциальной способности к сочувствию высказывает Аглая, когда Мышкин рассказывает о казни и предлагает лицо осужденного за полминуты перед ударом гильотины в качестве сюжета для картины. Повсюду действительность превращается для него в картины или идеи, что близко к типу эстетиков по *Кьеркегору*.

Если мы теперь обратимся к определению биографически-психологической ситуации перед первым припадком князя, то нетрудно показать, как это событие указывает на точку пересечения всех существенных направлений развития в романе. Но все же особое значение для нашего исследования имеет понимание того, что Мышкин не только как остальные личности попадает в тиски неизбежного решения, но и что вся его жизненная схема (*Lebensentwurf*) становится все более сомнительной, чтобы наконец превратиться в противоречие своим первоначальным интенциям.

Вопрос, который интересует нас в предистории этого первого эпилептического припадка, прежде всего в том, почему князь в своей любви к Настасье не стал активным соперником Рогожина. Да и Рогожин не мог понять, почему Мышкин ее ему уступил. Его мотив, прежде всего освободить Настасью, тот же самый, что и позднее вызвавший желание жениться: трансцендирующая в сострадание эротическая любовь. “Я же тебе уже раньше объяснял, что для меня не идет речи о настоящей любви, но что я люблю ее из сострадания.” Это то сострадание, которое творит противоположное тому, что намеревается сделать: оно компрометирует Настасью причиненным ей Тоцким позором и унижает ее. При этом Мышкин снова и снова подталкивает ее в ее положение опозоренной женщины. Это положение понижает почти все ее существование таким образом, что лишь благодаря ее безмерной гордости остается скудная область самоутверждения. В ее любви к князю Настасья страстно ожидает возвышения к новому целостному существованию, которым еще обладает Аглая в своей невинности. Лишь эротическое возражение со стороны князя могло бы освободить ее из собственной тюрьмы ее положения. Но это стало бы означать идентифицировать князя с его исторической реальностью со всем его фактицитетом, что с его сущностью, как Настасья конечно понимала, могло его погубить.

О Рогожине говорится, что он при словах сострадания чувствовал лишь ненависть и на лице его вспыхивал гнев, который он тотчас стремился разрядить. “Может быть”, говорит он, “что твое сострадание еще больше чем моя любовь”. В этом, однако, невозможном сравнении Агапэ и Эроса таится основание необходимости Рогожинского преступления. Неизбежность убийства,

будь это Мышкин, или как это случилось позднее с Настасьей, настолько очевидна для всех причастных, что она, как-будто мотивированная сверхличностно, исполняется почти как *Sakrifizium* (жертвоприношение — лат). Непереносимый приступ стыда, чуть ли не отчаяние, переполняет князя, когда он обнаруживает, что он должен внушить Рогожину намерение убийства. даже что он к тому же призывает убить его как жертвенного ягненка. Неожиданно он видит Рогожина как стоящего перед ним “обвинителя и судью а не как...” убийцу. Специфику нашей прежней интерпретации стыда нужно использовать здесь в смысле *Бинсвангера*, говорившего, что стыд возникает, когда передо мной самим или перед другим “затрагивается внутренняя граница греха” (6) /с. 161/. У Мышкина в его стыде имеется сознание собственного соучастия в вине предстоящего преступления. “Разве же я во всем виноват?” — спрашивает он себя.

Осуществляется неуловимая, чудовищная для Мышкина конверсия в преступление так откровенно и безмерно преследуемого добра. *Summum ius summa iniuria*. (высший закон — высшее беззаконие. — лат.). “Всегда только правда — вот что такое несправедливость” (Аглая). Так как Мышкин не в состоянии внушить действительности свою оценку добра, он прямо-таки провоцирует зло. Этого им самим вызванного абсурда Мышкин не в состоянии выдержать. Он не снисходит до этого, для чего он не обращает внимания на одну из сторон уравнения, а именно действительность. “Только во что-нибудь”, ...”только в кого-нибудь верить!” Он пытается отразить демона мысли запланированного Рогожиным убийства тем, что проникается верою в “русскую душу” Рогожина и цепляется за мысли о братском обмене крестами. Он постоянно находится в бегстве: “он хотел всегда забыть что-то теперешнее и необходимое”.

Если мы станем искать следы возобновляющейся эпилепсии у Мышкина, то мы найдем в тексте точные сведения. В то мгновение, когда он пытался вытеснить мучащие его мысли о рогожинском намерении убийства, в то время как он убеждает себя, что желает видеть только Настасью, принимает решение взять Рогожина за руку, чтобы вместе с ним пойти туда, его болезнь снова возвращается. Восприятие своего болезненного состояния он тотчас использует для того чтобы освободиться от груза навязчивых мыслей об убийстве. В перевооружении причинности отныне “виноват припадок”, наступление которого он чувствует “во всем этом хаосе а также и в идее”. Теперь тьма проясняется, “больше нет сомнений”, “в сердце его была радость”. Под влиянием осуществляющегося в каждом настоящем опыте диалектического движения, которое в свою очередь само изменяется в знании, ему удается освободиться от зла, которое навязывалось ему все сильнее. Он постоянно уклоняется от содействия своего в неподлинном настоящем улетающего Я с вытесненными, неудобными “знаниями” о намерении рогожинского убийства. Наконец ему удается даже кажущееся решение

противоположности, что как он так и Рогожин имеют к Настасье взаимно исключающее отношение. Полное проявление псевдосинтеза этой противоположности мы наблюдаем в последней сцене, когда они оба посещают мертвую Настасью. Занятым образом это совместно для поэта лишь с состоянием эпилептической деменции.

В своем описании эпилептической ауры Достоевский передает не только препаратоксимальные изменения в сфере переживаний, но и особенно выделяет изменения в сфере осознания больным самого себя. “Посредством напряжения всех жизненных сил”, “среди печали, душевного мрака и депрессии” удается “внезапно необычайный высочайший синтез жизни”, сердце и разум пронзаются необычным светом, “все сомнения и все смятения успокаиваются”.

Такого состояния “высшего бытия” князь теперь достигает при виде обнаженного против него кинжала, когда зло кажется ему не отчетливее и одновременно страшнее, чем в образе возлюбленного друга. В его выкрике: “Парфен, я не верю в это!...” Мышкин возводит свою веру в добро в чистый парадокс и падает в припадке.

В определении границы, которая *определяет* добро и зло, он доводит абсурд ситуации до разрешения. В сфере этой безграничности добро и зло упраздняются так как они больше неотличимы. Когда же добро и зло взаимно уничтожаются в силу своей индентичности, обвиняемый становится истцом, а убитый — виновным в преступлении, тогда по Достоевскому не может этой “молниеносной вспышке высшего самосознания и самочувствия” быть приписано “высшее бытие”. Напротив, препаратоксимальное состояние “чувства полноты, соразмерности и примирения” должно причисляться “к ничтожнейшим моментам жизни”. Депрессии и чувство вины вытекают поэтому из этих запрещенных областей бытия после припадка князя.

Второй припадок, которому мы сейчас уделим лишь вкратце внимание, возник на подобном же фундаментальном положении патологического синтеза, однако отчетливее показывает невозможность самоосуществления в ступенчатости как форме отсутствующего самоосуществления в опыте.

Князь принимал все общество, которое было собрано для суждения о его пригодности к браку с Аглаей, и члены которого, как в тексте, друг к другу испытывали лишь равнодушие, враждебность и даже отвращение, “за чистую монету и чистое золото без всяких примесей”. Он был не в состоянии увидеть “обратную сторону медали”. Князь плавал в блаженстве, прислушивался с восхищением и расстроганностью к притворно изысканным разговорам и чуть не “задышался” от переполнения чувств. Во все возвышающейся эскалации его идеальности он поднялся до настоящей апологетики истинного христианства против неугодного ему католицизма и закончил страстными панславянскими идеями. Он обращается к гостям с экзальтированным чувством симпатии и уважения. В буйной тираде с вос-



хвалениями он даже конфузится некоторых присутствующих своей бестактностью. Мы вспоминаем с каким наполненным страхом сердцем и с каким верно предчувствуемым ожиданием того, что он сделал бы с бесовским и завистливым обществом, он туда отправился. Под влиянием этого видения он быстро отказался от давления изысканной вежливости и элегантных манер, для того чтобы позволить себе перенестись в *vol imaginaire* (полете воображения — фр.) в мир желаний и идеалов высшего общества, которое было бы достойно определять судьбу России. Черепки опрокинутой им в чрезмерном возбуждении китайской вазы не вызывают в нем никакого ужаса, но лишь мистический страх осуществления пророчества Аглаи, даже радость и восхищение. Вместе с гимном красоте мира, утренней заре и “глазам”, “которые вас любят”, он с вершины своего экстаза внезапно низвергается в припадок.

Обе ситуации, связанные с припадками отчетливо показывают в резкой форме, что проходит красной нитью

через весь роман: непосредственность жизненной схемы его вот-бытия и предполагаемое этим оценивание действительности. Существенное значение при этом имеет неспособность Мышкина к настоящему приобретению опыта. Эту неспособность получения опыта действительности мы видим в отсутствующей способности к рефлексии, которая со своей стороны опять же является проявлением особой временности созревания конституции его вот-бытия, а именно “чистого” настоящего. Пропасть между Я и действительностью расширяется до самопротиворечивости жизненной схемы Мышкина. Усиливающееся во время ауры прекращение временно-пространственного ограничения этого удаленного Я требует в конце концов “оценки постоянства или идентичности субъекта” (7) /с. 171/ во время припадка. После этого в качестве задачи снова выступает настоящий поиск себя.

Перевод с немецкого Г. М. Котикова

\* “Под сокращенной формулировкой “конституция вот-бытия” мы всегда будем подразумевать вот-бытие, как оно имеет быть... То есть, бытие вот-бытия... Это не его “что”, не его чтойное содержание, подобно тому, как стул отличается от дома, но по-своему выражает его *способ бытия*... Бытие такого рода *всегда и сущностным образом*: я имею быть в качестве вот-бытия, осознаю я это или нет, потерял ли я в моем бытии или нет. Структуре бытия вот-бытия принадлежит *ситуативность* как таковая, то есть, она не может не быть *соотнесена с обстоятельствами данного момента*... Тело, душа, дух — в известном смысле эти понятия маркируют то, из чего вот-бытие состоит, однако состав и композиция ни в коей мере не определяет способ его бытия. Способ бытия невозможно, так сказать, извлечь из состава сущего задним числом, потому, что если я определяю сущее посредством понятий тела, души и духа, я тем самым попадаю в бытийное измерение, совершенно чужеродное по отношению к вот-бытию... Итак, не “что” составных частей, но “как” бытия и особенности этого “как” (М. Хайдеггер. Прологомены к истории понятия времени. — Томск, 1998, с. 159–162. Пер. Е. В. Борисова). Переводчик основного труда Хайдеггера “Бытие и время” (1927) В. В. Библихин (1997) “попытался использовать данную нашим языком возможность воссоздания немецкой мыслящей речи... В отношении Dasein окончательный выбор определила фраза православного священника на проповеди, “вы должны не словами только, но самим своим присутствием нести истину”. Разные, применявшиеся у нас способы передать Dasein, к каким принадлежит и включение немецкого слова в русский текст, ведут и не далеко, и совсем в другую сторону, к искусственным формам ... В нашем вот — прежде всего, открытость, очевидность, фактичность, указывание (стр. 450). Говоря словами самого Хайдеггера: “Выражение “вот” имеет в виду сущностную разомкнутость пространственности присутствия... Присутствие есть своя разомкнутость” (стр. 132–133). Бытие-вот (или бытие-в как таковое) имеет свою экзистенциальную конституцию и способ бытия, каким это сущее *повседневно* есть вот. Это падение присутст-

вия или бытие-к-смерти, а Смерть это конец присутствия (стр. 245–252). В онтологии присутствия коренится учение о значении (стр. 166). Согласно изложению А. В. Койре (Антология феноменологической философии в России, т. 2, М., 2000), “Сущее, которое реализует сущностную структуру, осуществленную в человеке, Хайдеггер называет Dasein” (стр. 237). Это — смертное бытие (стр. 255). Dasein — раскрытие, разоблачение, **в процессе**, а не в итоге которого конституируется Истина. Это бытие-для-своих-возможностей, то есть, первенство **возможного** по отношению к реальному, Dasein не существует во времени, оно **само является подлинным временем**, оно простирается (как акт, а не состояние) в будущее — антиципация, прошлое — повторение, настоящее — присутствие в самом себе и мире. Человек никогда не является своим Da-sein и тем самым никогда не совпадает со своим бытием (стр. 242) (Примечание и выделения редактора).

\*\* Курсив подлинника

## ЛИТЕРАТУРА

1. A. Camus, Der Mythos von Sisyphos. — Rowohlt Hamburg, 1959
2. C. F. Graumann, Grundlagen einer Phänomenologie und Psychologie der Perspektivität. — Berlin, de Gruyter-Verlag, 1960
3. M. Heidegger, Sein und Zeit. — M.-Niemeyer-Verlag Hamburg, 1963
4. H. G. Gadamer, Zitat in “Wahrheit und Methode” — J. C. B. Mohr, Tübingen, 1960
5. J. P. Sartre, Das Sein und das Nichts. — Rowohlt-Verlag Hamburg, 1962
6. L. Binswanger, Schizophrenie — Neske-Verlag Pfullingen, 1957
7. V. v. Weizsäcker, Der Gestaltkreis. — G.-Thieme-Verlag Stuttgart, 1947

# Эрнст, Теодор и Амадей Гофманы

И. Б. Якушев (Северодвинск)

*“Как ты думаешь, не должен ли я еще раз спросить как-нибудь Великого Канцлера, не создан ли я художником или музыкантом?...”*

Из письма Э. Т. А. Гофмана — Т. Г. фон Гиппелю, 1804 г.

Его назвали при рождении Эрнст Теодор. Позже он взял себе третье имя, — в честь любимого композитора, — Амадеус. Три имени, словно три маски итальянской комедии dell'arte, надетых одна на другую, и трудно порой понять, композитор ли писал статьи о музыке и фантастическую прозу, писатель ли сочинял фортепьянные пьесы... А, может быть, городской чиновник занимался и тем, и другим в досужное время. Но “... благосклонному читателю ведь давно уже известно, что это одно и то же лицо, только мнимо распавшееся на три лица...”, — как написал Эрнст Теодор Амадей Гофман, словно бы сам о себе в сказке “Повелитель блох”.

Мотив раздвоения личности стал одним из основных в творчестве писателя, странно отразившись в его собственной судьбе. Эта тема стала весьма популярной после издания сочинения Ф. В. И. Шеллинга “Философия и религия” в 1804 году. В ней автор, в частности, писал о двойственности Бога, о том, что Он состоит из двух частей — собственно Абсолюта и некоей “неопределимой основы”, которую философ назвал “бездной” и считал “темной бессознательной волей” (Привет, Зигмунду Фрейд!). По мнению Шеллинга, раздвоение Абсолюта происходит в том случае, когда “бессознательная воля” отдаляется от Божественного начала, что происходит при совершении греха. Таким образом, жизнь праведная восстанавливает целостность Абсолюта; жизнь греховная — ведет к Его раздвоению. Второй путь, согласно Шеллингу, является актом самоутверждения “свободной воли”. Мотив потенциального “двойничества”, по сути дела, каждого человека заявлен вполне отчетливо.

Этот тезис, понятый, как нравственная проблема, — быть свободным в своем волеизъявлении, но удаляться от Бога; или стремиться к воссоединению с Абсолютом, вызвал появление целого ряда полемических статей и беллетристики. Длинный список произведений художественной литературы, начатый в те годы, включает в себя книги самого разного уровня — от “Удивительных приключений Петера Шлемиля” А. фон Шамиссо — до Ф. М. Достоевского и Н. В. Гоголя, который дал дубль даже в заикающемся повторении первого слога своего псевдонима. Большинство авторов в сюжете “двойника” интересовали либо фабула, интрига, либо нравственный аспект проблемы. Лишь немногие писатели (например, Р. Л. Стивенсон в “Странной исто-

рии доктора Джекила и мистера Хайда”) обратили внимание на психиатрическую сторону этого феномена. Но это было уже в конце XIX и в XX веке...

Тем удивительнее, что в самом начале этого литературного списка, на заре XIX века, то есть, в те годы, когда психиатрия, как наука, делала только первые шаги, стоит имя Э. Т. А. Гофмана, писателя, внимательно рассматривавшего феномен двойника не только в аспекте нравственности и морали, но и в клиническом.

Гофман жил и писал в эпоху, когда на смену гладкому и правильному, “причесанному” классицизму пришел взлохмаченный порывом ветра истории романтизм. На этом ветру растрепались прически и одежды, изменились манеры и сами люди. В искусстве появились новые — экзотические, пряные сюжеты. Тема психического заболевания стала одним из них. (Здесь уместно вспомнить офорты серии “Капричос” и картину “Дом сумасшедших” Ф. Гойи, полотно “Тассо в доме умалишенных” Э. Делакруа, творчество и саму судьбу немецких литераторов-романтиков Г. фон Клейста и И. К. Ф. Гельдерлина). Однако, пожалуй, ни один из выдающихся мастеров той эпохи не отнесся к проблеме психической болезни столь внимательно и профессионально, как Гофман. В круг его чтения входили такие, как сказали бы постмодернисты, “концептуальные” книги, как “Медико-философский трактат об умственном расстройстве или мании” французского врача Ф. Пинеля, изданный в 1801 году; “Рапсодия о применении психических методов лечения умственных расстройств” немецкого психиатра И. К. Райля, напечатанная в 1803 году; периодическое издание К. Ф. Морица “Журнал опыта психиатрии”. В 1808 – 1813 годах в городе Бамберге писатель был коротко знаком с известным тогда психиатром А. Ф. Маркусом, основавшим там клинику для душевнобольных. Очевидно, в силу этих причин описания психических расстройств, встречающиеся в книгах Гофмана так часто, столь достоверны и убедительны. Нельзя не поразиться клинической точности симптомов в описании заболевания одного из персонажей романа “Житейские воззрения кота Мурра”: “... ее сверкающие глаза были устремлены ввысь, сплетенные руки воздеты к небу... Ноги и руки были податливы и без всякого сопротивления принимали любое положение... Она не могла сама переменить позу. Ее дергали за подбородок — рот раскрывался, да так и оставался открытым. Поднимали вверх ее

руки, то одну, то другую, — они не опускались; их загнули за спину и подняли так высоко, что никто не мог бы долго продержаться в таком положении, а она держалась... Она казалась совершенно нечувствительной ко всему: ее трясли, щипали, мучили, ставили ногами на раскаленную жаровню... все было напрасно...". Клиническое описание кататонического синдрома с преобладанием ступорозных явлений с восковой гибкостью словно взято из учебника психиатрии, а ведь здесь опущены и преморбид, и пусковой момент заболевания, и его итог — все они в романе клинически взаимосвязаны, логичны и адекватны конкретному синдромальному диагнозу.

Симптом “двойника” в психиатрии получивший название феномена Капгра, а также симптомы “положительного” и “отрицательного двойников”, описанные Ж. Ви и П. Курбоном, при всем уважении к французским психиатрам XX века, во всяком случае, не менее заслуживают наименования: “симптом Гофмана”. Двойник персонажа — и как сюжетная линия, и как психологический анализ героя произведения, встречается у писателя так часто и описан так тщательно, что трудно найти более разработанное исследование этого клинического феномена даже в специальной литературе. Основные книги Гофмана — “Эликсиры дьявола”, “Житейские воззрения кота Мурра”, “Принцесса Брамбилла” и другие регулярно возвращают читателя (и автора!) к проблеме раздвоения личности, которое, как один из признаков болезни, говорило писателю, очевидно, внимательному читателю Шеллинга о том, что личность оторвалась от Абсолюта, отошла от Бога. Не случайно, двойник главного действующего лица у Гофмана, в основном является персонажем отрицательным. Именно ему отдаются автором, как свойства характера, те “темные стороны” шеллингианской “бездны”, которая и увлекает двойника героя в мир без Абсолюта. Контекст же феномена “двойника”, как одного из симптомов психической болезни, можно прочесть и как наказание безумием за эмансипацию греховности путем самоутверждения свободной воли в мире без Бога. И это абсолютно совпадает с фольклорным выражением: “Если Бог хочет кого-то наказать, Он лишает этого человека разума”.

Однако, этот же контекст дает право и на иное прочтение: Бог, в бесконечном милосердии своем, дает человеку возможность искупить грехи, наделяя его новой жизнью, иным качеством, — душевным заболеванием. Ведь сказано в Библии: “Блаженны нищие духом, ибо их есть Царство Небесное” (Матф. 5, 5) и еще сказано: “... Царство Мое не от мира сего...” (Иоанн; 18, 36). Между тем, хорошо известно, что и о

пациентах психиатрических больниц говорят: “они не от мира сего”. Не указывает ли это на особый статус людей, которых мы называем психически больными, на их близость к Небу?

С этим предположением в какой-то мере перекликаются труды еще одного современника Шеллинга и Гофмана, — Г. Г. Шуберта, шеллингианца по убеждению, психиатра по профессии. Шуберт считал, что психическое заболевание проявляет скрытые силы и возможности человека. В своих работах “Воззрения на ночную сторону науки о природе” (1808 год) и “символика сна” (1814 год) он писал о том, что безумие — не деструктивное начало, а, напротив, — прорыв к более высокому существованию, к его творческой фазе. Да и сам Шеллинг в штуттгартских лекциях говорил: “Люди, не носящие в себе никакого безумия, суть люди пустого непродуктивного ума”.

И здесь нет противоречия. Отрицание Бога порождает грех, — это акция “свободной воли”, но факт психической болезни отрицает саму греховность, ибо психически нездоровый человек зачастую “не ведает, что творит”, и это уже — Божий промысел. Путем диалектического отрицания болезнь грешника начинает его движение к Абсолюту. Быть может, на этом этапе можно говорить не о раздвоении, а об удвоении личности, удвоении ее качеств, свойств и талантов, в результате чего возникают столь разнообразно одаренные таланты, как М. К. Чюрленис, В. Ван Гог (замечательный писатель, что видно из его писем), Э. Т. А. Гофман...

Гофман коснулся темы, лежащей на одном из пересечений религии, философии, литературы и психиатрии пером гениального писателя. Не будучи формально психиатром, по точности клинических описаний (а психиатрия тех лет была, в основном, описательной медицинской дисциплиной, — классификации, системы и точные приборы появились позже), Э. Т. А. Гофман вполне заслуживает помещения его имени в длинный перечень фамилий блестящей школы немецких и германоязычных психиатров XIX и XX веков, проходившей процессы становления именно в первой половине века XIX. Среди таких врачей, как К. Вернике, Э. Кречмер, К. Г. Юнг, З. Фрейд, К. Ясперс... имя Гофмана не будет чужим и лишним.

Три имени писателя, каждое из которых словно скрывает другого человека под маской иной творческой судьбы, то — композитора, то одаренного рисовальщика, как будто бы сняты. Но под ними оказалась новая маска — ученого психиатра, последняя ли? Вряд ли, ведь Гофман так любил мистификации итальянской *commedia dell'arte*.

# Шизофренический дефект и понятие психопатологического диатеза

С. Ю. Циркин

Использование понятия психопатологического диатеза, одним из обязательных составляющих компонентов которого наряду с патологическими психическими реакциями и аутохтонными фазами является личностная дефицитарность (и диссоциированность), делает более актуальным анализ шизофренического дефекта и его специфичности для шизофрении.

По мнению отечественных психиатров дефицитарная симптоматика имеет основное значение при диагностике шизофрении. Такому взгляду соответствует тот факт, что она и описывается у нас только при шизофрении. Впрочем, некоторые проявления дефицитарности стали упоминаться и в рамках шизоаффективного психоза с неоднозначной характеристикой возможной прогрессивности этого заболевания. Приведенная в МКБ-10 рубрика шизотипического расстройства, куда включены симптомы относительно неглубокой личностной дефицитарности, рассматривается отечественными психиатрами как тождественная понятию латентной или вялотекущей шизофрении. Наконец, еще одна возможность описания признаков, соответствующих понятию дефицитарности, хотя формально и не причисляемых к ней, обнаруживается при изложении особенностей шизоидности, отмечаемой главным образом при характеристике преморбида больных шизофренией.

Приведенные ссылки наглядно демонстрируют, что господствующие психиатрические взгляды не отделяют признаки личностной дефицитарности от диагностических квалификаций, которые обязательно содержат приставку “шизо”, предполагающую связь с шизофренией. Этому соответствует тенденция диагностировать шизофрению на основании отчетливых черт дефицитарности, если не легкой, то хотя бы умеренной степени выраженности. При этом в каждом конкретном случае процессуальное, т.е. нажитое происхождение их не столько доказывается, сколько предполагается как само собой разумеющееся. Способствует такой диагностической практике отсутствие в руководствах прямых указаний на необходимость выявления именно нажитой дефицитарности при шизофрении. Прогрессирующий характер шизофрении, определяемый по изменениям личности и постулировавшийся Крепелином, утрачивает, таким образом, значение диагностического критерия.

Вместе с тем, изучение пограничной психической патологии, выявляемой и у пациентов общесоматической сети, показало, что личностные аномалии всегда могут быть обнаружены при всех функциональных психических расстройствах нешизофренической природы,

которые традиционно обозначаются как неврозы, соматоформные, а также психореактивные расстройства и циклотимия. Они и объединяются концепцией психопатологического диатеза, которая подразумевает возможность разделить эндогенные и психогенные психические нарушения лишь в части болезненных эпизодов (т.е., за исключением нередко имеющих место эндореактивных состояний), но не у пациентов, которые обнаруживают на протяжении жизни болезненные эпизоды разного происхождения. Личностные аномалии могут быть представлены диссоциированностью или дефицитарностью, но чаще всего речь идет о парциальной дефицитарности, благодаря которой личность предстает одновременно и как дефицитарная, и как дисгармоничная.

Врожденная дефицитарная симптоматика всегда является негативной, т.е., отражает недостаточность психических функций. Приобретенная дефицитарная симптоматика — это шизофренический дефект. В нем негативные расстройства обычно занимают основное место, но не исчерпывают клинической картины. Для обозначения негативной симптоматики вне активных, продуктивных эпизодов психических расстройств, т.е. на дефицитарных стадиях болезни она обозначается как негативно-дефицитарная. Как при психопатологическом диатезе, так и при шизофрении негативно-дефицитарные нарушения могут выявляться в трех сферах психической деятельности. Это интеллектуально-мыслительная сфера, эмоциональная и сфера побуждений и влечений, условно называемая энергетической, поскольку побуждения и влечения составляют основу активности личности.

Из указанных областей психической деятельности интеллектуально-мыслительная сфера является филогенетически наиболее молодой и ее недостаточность обнаруживается чаще и раньше всего. Наиболее легкие и частые нарушения здесь — проявления не критичности. Для них характерна парциальность: обычно речь идет о не критичности по отношению к собственным болезненным расстройствам, особенно к части из них, реже — о не критичной оценке социальной ситуации, своих возможностей и перспектив в жизни, что необязательно сочетается с не критичностью к болезни. Не критичность больных часто не получает должной психопатологической квалификации вследствие того, что она выступает вкупе с другими психическими явлениями как патологическими, так и непатологическими. Например, при метафизической интоксикации, т.е., сверхценном увлечении философией, психиатры обычно обращают внимание на не-

достаточность в сфере мыслительной деятельности только тогда, когда можно отметить непродуктивность больных в освоении штудируемого ими материала. Когда же несостоятельности нет, то квалифицируется только наличие сверхценного интереса. На самом деле сверхценный интерес не представляет собой психической патологии, но о патологии можно говорить уже в том случае, если занятия философией идут явно в ущерб имеющимся обязанностям, а искаженный образ жизни связан с риском неблагоприятных социальных последствий. Патологично здесь не само увлечение, а некритичное отношение к нему и к своим социальным перспективам. В ходе психологических обследований при диатезе часто выявляется еще одно нарушение в мыслительной сфере: “опора на латентные признаки”, которую многие психиатры неправомерно рассматривают в качестве диагностического критерия шизофрении.

Более заметное нарушение мышления — это его аморфность, одна из причин непродуктивности мышления. Ее диагностическое значение принято считать более высоким, хотя, на самом деле, и она встречается при психопатологическом диатезе. Как при диатезе, так и в преморбиде у больных шизофренией довольно часто можно выявить парциальную интеллектуальную недостаточность. Ее легче распознать в школьные годы или по воспоминаниям о них. Пример великого поэта, который в лицее с трудом одолевал математику, не является единственным. Один из основоположников отечественной филологии едва-едва мог оперировать цифрами, а семерка приводила его в полнейшее замешательство. Интеллектуальная недостаточность имеет тенденцию усиливаться в период болезненных (депрессивных) состояний, причем если при этом утрачивается ее парциальность, то речь идет уже о депрессивной псевдодеменции.

Наиболее тяжелые интеллектуальные нарушения описываются преимущественно на отдаленных этапах шизофрении и при детской шизофрении как выраженные формы псевдоорганического и олигофреноподобного дефекта. Диагностическое значение их трудно оспорить, но утверждать категорически невозможность относительно неглубоких проявлений этих форм дефицитарности при диатезе пока рано.

Эмоциональная недостаточность распознается психиатрами с гораздо большей готовностью. Во-первых, она проявляется нередко уже во внешнем облике пациентов. Во-вторых, концепция шизофренического слабоумия традиционно как раз и предполагала эмоциональное оскудение, а не интеллектуальное, свойственное органическому слабоумию. Как и при недостаточности в сфере суждений и интеллекта, для эмоциональной дефицитарности весьма характерна парциальность. Обнаруживая привязанность к одному кругу лиц, например, к товарищам, пациенты достаточно равнодушны к другим, например, к родственникам. Они могут загораться идеями и делами и

обнаруживать недостаточное участие к близким. Да и сверхценные интересы могут не сопровождаться адекватным эмоциональным компонентом, что лишней раз заставляет говорить лишь об условно патологическом характере сверхценностей. Эмоциональная недостаточность при диатезе может быть столь выраженной, что следует квалифицировать шизоидный склад личности, хотя чаще, несмотря на ее присутствие, констатируются иные личностные типы. Тем не менее, нельзя не отметить, что крайние варианты эмоциональной опустошенности обнаруживаются лишь у больных с тяжелой прогрессивностью шизофренического процесса и что шизоидный склад личности характерен для преморбиды больных шизофренией, но не для пациентов с психопатологическим диатезом, у которых он лишь возможен.

Редукция энергетического потенциала, т.е. слабость побуждений и влечений, при психопатологическом диатезе выявляется особенно редко, а при шизофрении, если и устанавливается, то в последнюю очередь. Конечно, при диатезе правильнее говорить о редуцированности энергетического потенциала. Подчеркнем, что речь здесь идет не о фактической истощаемости, а о нежелании заниматься чем-то потенциально предстоящим. В соответствующих случаях наблюдаются, главным образом, малоинициативность, готовность мириться с неудобствами, неприятностями и несоответствием обстоятельств и жизненного уклада своим представлениям о том, как следует жить. Эта готовность обусловлена нежеланием прилагать усилия к исправлению или улучшению ситуации. Дефицитарность в сфере побуждений и влечений также может проявляться достаточно парциально. Например, пациент может уделять много сил и времени пустякам и махнуть рукой на важные цели своей жизни. При шизофрении редукция энергетического потенциала встречается чаще, чем при диатезе, и может носить более общий характер.

Таковы врожденные и нажитые проявления недостаточности в трех сферах психической деятельности. Органическая патология может сказываться и на других сферах, например, на восприятии, а при функциональных расстройствах дефицит выявляется только в указанных трех областях психической деятельности.

Однако в психопатологии шизофренического дефекта можно выделить некоторые проблемы, которые усложняют его анализ. Во-первых, дефектные состояния, хотя и противопоставляются продуктивным стадиям болезни, могут включать остаточную позитивную симптоматику. Во-вторых, дефектные состояния, понимаемые как аномальные (дефект здесь рассматривается, как и в технике, не в смысле отсутствия чего-либо, а как нарушение), могут характеризоваться не только негативными симптомами, т.е. стиранием свойств личности, но и их заострением. В-третьих, в психопатологии речь может идти не только о недостатке психической функции или ее усилении, но и об

искажении. Искажения психической деятельности невозможно однозначно отнести ни к позитивным, ни к негативным симптомам. В-четвертых, динамика и условия формирования дефекта могут иметь ряд особенностей. В-пятых, типичные проявления дефекта могут иметь не элементарную, а усложненную структуру, для характеристики которой и даже для характеристики компонентов которой традиционно использовались не отличавшиеся строгостью термины, понимаемые неоднозначно.

Остаточная позитивная симптоматика в виде рудиментарных галлюцинаций и кататонии, а также типичных аффективных нарушений распознается легко. Сложности возникают при стертых субдепрессиях с преобладающим астеническим компонентом, которые неправомерно причисляются к астеническому дефекту и четко не противопоставляются редукции энергопотенциала. Они проявляются утомляемостью, затруднениями в учебе и работе, плохой концентрацией внимания. Эти признаки при психопатологическом диатезе выявляются чрезвычайно часто, но вместе с другими симптомами субдепрессивных состояний, которые часто сохраняются много лет. То же самое относится и к астеническому дефекту: слабость, вялость и разбитость характерны для утренних часов и сочетаются с неуверенностью в себе, раздражительностью, зачастую тревожностью в вечернее время и даже скукой и подавленностью. Эти состояния обнаруживают тенденцию к сезонности и вообще флюктуирующему течению, когда пациенты обнаруживают уже не ожидавшиеся от них способности. Астенический компонент типичен для субклинических депрессий и его отдельное рассмотрение не более правомерно, чем и других компонентов субдепрессий. Эти субдепрессии при непрерывной вялотекущей шизофрении представляют собой активную позитивную симптоматику, а в ремиссиях периодической шизофрении они оцениваются как остаточная позитивная симптоматика, сменяющая более тяжелые расстройства в приступах, хотя психопатологически они не различаются.

Дифференцировать астенический компонент депрессий в дефектных стадиях следует с истинной астенией в длящихся до нескольких месяцев состояниях реконвалесценции после тяжелых психозов, а также с редукцией энергопотенциала. В последнем случае отличие такое же, как между астенией и апатией: при астении трудно исполнять желания из-за чувства слабости, а при апатии нет и желаний. Более актуально провести различие между депрессивной апатией и редукцией энергопотенциала: для последнего нехарактерна сопутствующая депрессивная симптоматика, суточные и периодические колебания в проявлениях. Кроме того, дефицитарное снижение побуждений, в отличие от депрессивной апатии, не вызывает сожаления у самих больных, тогда как при депрессиях пациентам тягостна их апатия.

В связи с обсуждаемыми вопросами нельзя не упомянуть об известной концепции базисной роли астенического дефекта по Huber. Она гипотетична: конечно, можно предполагать, что недостаточность различных психических функций связана с их слабостью, а чувство усталости при этом и не обязательно, но по этому принципу к астении можно причислить и умственную отсталость.

Заострение характерологических черт при шизофреническом дефекте обозначается как его психопатологический тип. Сложность проблемы заключается в том, что остается неясным, идет ли речь о собственно усилении личностных признаков или об их большей заметности благодаря нескритичности больных, а также стертым аффективным расстройствам, когда “аутические увлечения” усиливаются на фоне гипоманий, а психастеничность — на фоне субдепрессий.

Попытки дихотомически разделить симптомы на позитивные и негативные привели к неразрешимым трудностям. Например, Д. Е. Мелехов не смог однозначно определить как позитивные или негативные расстройства формального мышления. На самом деле, такая постановка вопроса некорректна. Этот тип симптоматики — пример искажения психических функций, нередкий для дефектных состояний, выявляемый и при психопатологическом диатезе, особенно в рамках субдепрессивных эпизодов. Диагностическое значение могут иметь лишь наиболее грубые искажения, например, шизофазия. Нередки также извращения в сфере эмоций и влечений. Примерами могут служить “коллекционирование” хлама, запреты менять постельное белье и пр.

Что касается динамики формирования и проявлений дефицитарных расстройств, то уже обсуждались вопросы последовательности их становления, возможности обратного развития, проявления в виде реакций. Однако следует привлечь внимание к тому, что прямое отношение к этой проблеме имеет и понятие психического инфантилизма. Он всегда рассматривался как некий дополнительный компонент при состояниях дефекта. На самом деле основные его проявления — это и есть недостаточность в интеллектуально-мыслительной и эмоциональной сферах, а именно поверхностные представления о социально-этических нормах, нескритичность к своим возможностям и своей значимости или недостаточно дифференцированное отношение к окружающим, отсутствие эмоциональной потребности в создании собственной семьи. Чувство ответственности у инфантильных пациентов так и не формируется, а у дефектных утрачивается. Принципиальное сходство незрелости и дефекта не исключает их специфики. Незрелые лица при своей несостоятельности сохраняют амбиции, которые удовлетворяются подражательным поведением (например, следованием ультрамоде, преклонением перед кумирами), для дефектных пациентов при их более выраженной эмоциональной отгороженности и

утрате амбициозных побуждений такое поведение не характерно. Следует иметь в виду и то, что проявления инфантилизма (ювенилизма) могут, хотя это и не обязательно, включать элементы искажения эмоций, например, в форме оппозиционных отношений, но этот тип нарушений, в отличие от негативно-дефицитарной симптоматики, наименее стоек.

Инфантилизм при диатезе и шизофреническом дефекте различается лишь по динамике формирования. Теоретически разграничение просто: при дефекте можно установить возраст появления или более резкого проявления задержки психического созревания, а при диатезе созревание отстает изначально и завершается с опозданием или не завершается, не обнаруживая при этом существенных изменений темпа. На практике разобраться бывает крайне трудно.

Особую проблему для диагностики представляют условия формирования негативно-дефицитарной симптоматики при близком к непрерывному течению шизофрении. Например, при шизофрении с, условно говоря, астеническими расстройствами они имеют тенденцию учащаться, утяжеляться и принимать затяжной характер. Учитывая врожденную дефицитарность больных, судить о нарастании дефекта на фоне хронических астенических депрессий очень сложно, если вообще правомерно.

При диагностике дефекта гораздо чаще, чем при диагностике продуктивной симптоматики, опираются на поведенческие характеристики. Наряду со сложностью структуры дефицитарных проявлений это привело к тому, что внешнее выражение многих проявлений дефекта определяется литературными терминами, не раскрывающими их психопатологической сущности. В качестве примеров можно сослаться на аутизм, дрейф, изменения по типу фершробен. Чем считать дрейф как не редукцией энергопотенциала? За счет чего происходит “отрыв от реальности” при аутизме как не за счет утраты эмоциональной откликаемости или снижения побуждений? В известном смысле и не критичность представляет собой “отрыв

от реальности”. Обязательно ли включать в понятие аутизма “преобладание внутренней жизни”, как предлагал Блейлер? Целый конгломерат психопатологических и непсихопатологических явлений может скрываться за крепелиновским термином “фершробен”. На фоне сверхценностей и необязательно патологической нестандартности там могут отмечаться не критичность, нивелировка и (или) искажение эмоций, извращение влечений, расстройства формального мышления, остаточная кататоническая симптоматика, стертая гипертимность. При этом легкие проявления чужаковости в увлечениях и образе жизни могут иметь и врожденный характер в рамках психопатологического диатеза, а, может быть, и психической нормы.

В результате проведенного анализа можно заключить, что традиционный для отечественных психиатров путь “из большой психиатрии в малую” в настоящее время должен дополняться и противоположным направлением: “из малой психиатрии в большую”. Это позволяет уточнить смысл и границы понятий, характеризующих как пограничные, так и тяжелые психические расстройства. Диагностическое значение дефекта или обсуждавшееся выше понятие сверхценностей — лишь некоторые примеры таких проблем. В частности, для шизофрении следует считать диагностически значимым лишь нажитой характер дефекта, а не качественную специфичность формирующих его признаков. В противном случае придется признать шизофреническую природу по существу всей функциональной психической патологии, что обеднит диагностический процесс, не позволяя в полной мере использовать его прогностический потенциал.

Что касается глубины негативно-дефицитарных расстройств, то ее диагностическое значение относительно невелико, поскольку о нажитом происхождении дефекта убедительно свидетельствует только его тяжелая степень, а именно в этих случаях о его нарастании можно легко судить и по анамнестическим сведениям.

## Банальный случай

Семинар ведет А. Ю. Магалиф (18 января 2001 г.)  
врач-докладчик О. В. Ивашкевич<sup>1</sup>

Вашему вниманию представляется больная Б., 1958 г. рождения. В нашу больницу поступила впервые по путевке диспансера 3 дня назад.

**Анамнез.** Психические заболевания у родственников отрицает. Родилась младшей из троих детей в простой семье в сельской местности. Отец был сбит машиной и погиб, когда нашей больной было десять лет. Известно, что он злоупотреблял спиртным. Мать семидесяти лет, жива, проживает сейчас в Москве, но отдельно от больной. Пациентка росла и развивалась нормально. В школе с семи лет. Училась средне, классы не дублировала. Особых увлечений не было, читала мало, любила проводить время с подругами. Закончив восемь классов, училась в ПТУ и, получив специальность швеи, работала на фабрике, где шила рабочую одежду. В 18 лет вышла замуж по любви за человека на четыре года старше себя. От брака два сына: 23 года и 18 лет. С мужем отношения хорошие. В 1982 году перенесла операцию по поводу кисты яичников, были удалены оба яичника. После этой операции замечала, что стала быстро уставать, были перепады настроения, но не длительные, отмечалась раздражительность, плаксивость, обидчивость, ранимость. Последние пять лет работает на фабрике, куда ее устроил муж. Полтора года назад познакомилась там с человеком, который моложе ее на 13 лет, и вступила с ним в интимные отношения. Сделала это без любви, просто потому что все сотрудницы имели любовников, и она не хотела отличаться от других. Планов создать с ним семью не было. Через некоторое время на работе заметила, что над ней стали подсмеиваться, обсуждать ее связь с этим человеком, а с мая 2000 года вредить ей: раскроенные детали одежды сотрудницы старались переложить так, чтобы она их сшила неправильно, а начальство заметило, что она не справляется с работой, и уволило ее. Примерно с

июля 2000 года стала думать, что муж догадывается об этой связи, так как сотрудницы ему рассказали. По этому поводу дома были ссоры. В августе, скорее всего по настоянию мужа, больная уволилась с работы, и ее связь с молодым человеком закончилась. С августа не работает. Примерно в октябре больная вместе со своей родственницей посещала экстрасенса, чтобы отучиться курить. После второго или третьего сеанса муж отметил странности в ее поведении: стала спрашивать его, можно ли ей пойти вымыться, под любым предлогом отказывалась выходить на улицу. Считала, что сотрудницы преследовали ее не только на работе, но следили за ней и на улице. А с ноября 2000 г. ей стало казаться, что в квартире соседнего дома установлена кинокамера, которая следит за ней, снимает абсолютно все, что она делает в квартире. По определенному звуку она узнавала, что кинокамера включена. Из-за этого позволяла себе мыться только в купальном костюме или при выключенном свете в ванной комнате. В туалет ходила только тогда, когда звука включенной кинокамеры не слышала. Считала, что сюжеты фильмов, показываемых по телевизору, взяты из ее жизни, в наказание за то, что она изменила мужу. Одновременно с этим испытывала воздействие электрическим током на мозг. Это приводило к путанице мыслей, ощущению, что кто-то заставляет ее повторять одни и те же слова. Голоса с телеэкрана, а также при включенном радиоприемнике комментировали все, что она делает, например, приказывали ей выйти из комнаты и сидеть на кухне. В одной из таких телевизионных передач она услышала голоса в свой адрес, которые обвиняли ее в гибели подводной лодки "Курск". Последние две недели ей было особенно тяжело от ощущения, что "мозги кто-то крутил". Возникла путаница, от которой "разрывалась" голова. Она не знала кто это делает и для чего, пыталась узнать это у мужа, у детей, спрашивая, не они ли в этом повинны. Были догадки, что может быть это проделывает над ней ее любовник. Не найдя ответа на эти вопросы, согласилась с родственниками, что нужно обратиться к врачу.

При поступлении больная была подозрительна, многозначительно улыбалась, подолгу обдумывала ответы на вопросы, отвечала односложно, косясь в сторону: "Вам и так про меня все известно, потому

<sup>1</sup> Разбор данного случая, как и многих других, представленных на семинарах, проводится без основательной, "академической" клинической подготовки, так сказать "по статусу". Такое сознательное нарушение традиций, безусловно обедняя диагностические возможности, тем не менее придает семинару определенную раскованность в обсуждении, повышает значение феноменологического подхода при оценке состояния больного.



что все знали, куда и зачем я иду”. В отделении замкнута, ни с кем не общается, отказывается от еды, даже от той, которую приносит муж. Тем не менее сказала, что сегодня лучше спала и почувствовала “облегчение в голове”, что если ей помогут, то она будет лечиться.

Сегодня больную посмотрел психолог, и ей сделали электроэнцефалограмму. На ЭЭГ кроме диффузных изменений ничего нет.

**Мнение патопсихолога.** От экспериментального исследования больная не уклоняется, но и не проявляет к нему интереса. Она не проявила интереса и к его результатам, заметив лишь, что в целом у психолога ей понравилось, главным образом потому, что отвлекло от ненужных мыслей. На протяжении обследования испытываемая была крайне непродуктивна, работала медленно.

По объективным данным: внимание плохо концентрируется, быстро истощается, сужен объем внимания. Мнестические показатели низкие. Мышление ригидно, непродуктивно, однако, в структурном отношении сохранно. (Это интересно в смысле давности процесса). Основной этап классификации предметов испытываемая проделывает уверенно, с опорой только на существенные признаки, без каких-либо соскальзываний. Заключительный этап классификации, предполагающий обобщение более высокого порядка, для испытываемой объективно сложен. Ее уровень обобщений преморбидно невысок. Нарушения мышления проявляются в пиктограмме. Мы знаем, что пиктограмма “ловит” первичные нарушения мышления в виде субъективных, неадекватных ассоциаций, например, на слово “печаль”, рисует, почему-то щипцы для завивки. Прошу ее объяснить. Она говорит: “Я не могу привести себя сейчас в приличный вид, и это печально”; на слово “развитие” — долго думает и рисует часы. Элементы расплывчатости, а также выраженный субъективизм мышления можно видеть при неточной интерпретации пословиц. Например, “шило в мешке не утаишь” — она объясняет: “Кто-то подслушивает, когда человек разговаривает”. При исследовании личности выявляется резкое сужение социальных контактов, замкнутость, заторможенность, стойкие депрессивные тенденции, а также паранойяльность и не критичность. Преморбидно испытываемая являлась, по видимому, малодифференцированной личностью. Тест Люшера подчеркивает пессимистический настрой, стремление освободиться от напряженности, тенденцию ухода от жизни в мир фантазий, тенденцию к ограничению круга контактов для отстаивания своей собственной позиции. Она как бы ригидно пытается сохранять свою позицию, но при этом “обрубает” все возможные контакты, потому что не может это выдержать; демонстрирует превалирование субъективного над рациональным, а также тревожную неуверенность, бездеятельность, трудности в принятии решения. Таким образом при относительной структурной сохранности мышле-

ния выявляется субъективизм, настороженность, неадекватные ассоциации, элементы расплывчатости, а также ригидность и выраженная непродуктивность мышления. Отмечается стойкий минорный фон настроения у малодифференцированной личности, ощущающей свою измененность, ограничивающей свои контакты, ушедшей в мир иллюзий, со снижением критики к происходящему.

## БЕСЕДА С БОЛЬНОЙ

— Добрый день. Проходите пожалуйста. Почему Вы такая настороженная? Непривычная обстановка? — *Конечно, непривычная.* — Вы знаете, где Вы находитесь? — *В зале.* — А что это за учреждение? — *Психоневрологическая больница.* — А кто эти люди? — *Журналисты.* — Нет, здесь расширенный консилиум. Вы поступили недавно, мы должны определить Вам диагноз, назначить лечение. Вы согласны с этим? — *Да.* — Сколько времени Вы здесь? — *Три дня.* — Вы приехали из дома? — *Да.* — А зачем Вам надо было в больницу ехать? — *Мне плохо было дома.* — Расскажите подробнее, что такое “плохо”? — *Перед глазами все мерцало.* — Что еще? — *В мозгах все крутилось, чуть не разорвалась голова. По телевизору показывали.* — Кого показывали? — *Все, что дома происходит.* — Например, что? Как Вы обед варите? — *Все показывали.* — Про Вашу жизнь показывали? — *Да, про жизнь показывали.* — Начиная с детства? — *Нет. То, что было три месяца назад.* — Они прямо так и говорили, обращаясь к Вам, или все с подтекстом? — *С подтекстом.* — Намеками или прямо? — *Намеками.* — Называли Вас по имени? — *Еще чего не хватало.* — Не называли. А почему Вы думали, что это про Вас? — *Потому, что про меня.* — Почему Вы так решили? — *Потому что все, что я ни сделаю, тоже самое повторяется.* — Например, Вы умываетесь, и там тоже сразу начинают умываться? — *Нет, такого не было. Когда я ложусь, мне не дают спать. Говорят: “Вставай, подъем”. А что я на кухне должна сидеть? Мужики смотрят телевизор, а я на кухне должна сидеть?* — Это не справедливо, конечно. А про мужиков что-нибудь говорили? — *Нет.* — Про них ничего? Их как бы и нет? — *Да.* — Все только про Вас? — *В общем, да.* — Скажите пожалуйста, голоса, которые к Вам обращались, исходили из телевизора или откуда-нибудь еще? — *Из телевизора.* — А если Вы выключали телевизор, голоса прекращались? — *Если я выключала телевизор, то накручивалось на мозги все.* — Все равно голоса были в голове? — *Да.* — Мужские или женские? — *Всякие.* — Наперебой говорили? — *Нет, не наперебой.* — К Вам обращались или они между собой Вас обсуждали, комментировали все Ваши действия: “Вот встала, вот пошла?” — *Все показывали. Это же очень тяжело, того гляди голова треснет.* — А когда Вы выключали телевизор, продолжались голо-

са в голове? — *Нет.* — Они прекращались сразу, как только выключали телевизор? — *Да.* — А как только включали телевизор, они тут же появлялись? — *Да.* — Они Вам приказывали что-нибудь сделать? — *В общем-то, да.* — Может быть, что-то плохое? — *Даже радио включаешь, и там голоса.* — А действия, которые происходили на экране, например, кто-то с кем-то разговаривает, были как будто про Вас? — *Да.* — Из Вашей жизни? С намеком на что-нибудь плохое? — *Да.* — Кем же Вас называли? — *Не знаю.* — Ну все-таки? — *Я не буду об этом говорить.* — А как люди вели себя на улице в отношении Вас? — *Нормально.* — Они обращали на Вас внимание? — *Кто меня знал, тот обращал на меня внимание на улице.* — Просто здоровались? — *Нет, возле дома все про это знали.* — А по каким признакам Вы замечали, что они это знали? — *Что они, дураки, что ли, не понимают, что по телевизору все это крутят?* — И у них по телевизору про Вас говорили? — *Да. Например, поехали в гости, посмотрели телевизор, уезжаем, и ребята хи-хи, ха-ха, уже знают в чем дело.* — Ваше имя не называли? — *Нет.* — Намеки только были? — *Да. Это чувствуется, когда за тобой следят, когда за тобой ходят.* — Вы сказали “следят”. Вы видели каких-то конкретных людей, которые за Вами ходят? — *В общем-то, приблизительно, да.* — Вы знали их? — *Нет.* — Первый раз их видели? — *Я их не первый раз видела.* — Но ведь, народу на улице много, по каким признакам Вы знали, что вот этот человек за Вами следит? — *Куда я пойду, и он за мной, и там другие подключены были.* — Передавали друг другу? — *Да.* — В поведении людей, которые следили за Вами, была угроза? — *Нет.* — Просто следили и все? С какой целью? — *Не знаю.* — Вы еще говорили, что установили камеру где-то в соседнем доме и следили за Вами. — *Да.* — Потом Вы чувствовали действие каких-то лучей? — *Да.* — На кожу, на тело действовало? — *Нет, не на кожу, а на психику.* — На сердце действовали? — *Нет.* — Что в этот момент Вы чувствовали? — *Неприятно было.* — Откуда Вы знали, что это действуют лучи? — *Мозги трещали.* — Ощущение, что голова распиралась? — *Да.* — Это действие лучей или телевизора тоже? Вы это как-то различали? — *Это скорее всего действие лучей.* — Вы как-нибудь защищались от всего этого? — *Из дома уходила куда-нибудь.* — И там не давали покоя? — *И там не давали покоя.* — А было такое место, где Вы могли спрятаться от этого? — *Нет, не было.* — Сколько времени все это продолжалось? — *Два месяца.* — Как Вы думаете, что же это все-таки такое, кто это делал? Ведь надо было подключить телевидение, многих людей? — *Не знаю. Я не знаю, зачем это надо.* — У Вас было предположение, почему именно Вас преследовали? — *Мне никто ничего не говорил.* — Какие у Вас все-таки предположения? — *Я не знаю, почему.* — У Вас было предположение, что это мог устроить человек, с которым у Вас были близкие

отношения? — *Я не знаю. А зачем это делать? Ему это ни к чему.* — Вы рассказывали, что все началось еще два года назад на работе, когда над Вами стали подсмеиваться и вредили Вам. — *Да, это было.* — Вы можете увязать те события, которые были два года назад, с тем, что сейчас происходило? Это делают те же самые люди? — *Это разные вещи.* — Два года тому назад подсмеивались, обсуждали, вредили. Вы чувствовали себя плохо тогда? — *Да.* — И в результате уволились? — *Да.* — Уволились Вы в августе? — *Да.* — В течение этих двух лет настроение было плохое? — *Когда как.* — Они не постоянно смеялись над Вами? — *Последнее время они издевались даже.* — А что еще делали? — *Начинаешь шить, положишь рукав, а когда уйду курить, они подложат другой рукав.* — Это они с особым значением делали или просто вредили? — *Мне кажется, просто вредили.* — Скажите, чувство тоски, подавленности Вам знакомо? — *Да.* — Давно? — *Недавно.* — Вы говорили, что Вы изменились. — *Изменилась, конечно.* — Плохо выглядели, похудели? — *Не знаю.*

— А страшно было? — *Было.* — Когда? — *Сентябрь, ноябрь.* — Думали, что убьют? — *Я сама была готова убить.* — Кого? — *Себя.* — За что? — *За все эти проделки.* — А почему себя убивать? — *А кого? — Преследователей.* — Откуда я знаю, кто это делает? — А почему себя надо убивать? — *Потому что жизнь мне такая не нужна.* — Вы обдумывали самоубийство? — *В общем да.* — Что хотелось сделать? — *Хотелось жить нормально, чтобы никто меня не трогал и не дергали меня.* — Дети тоже участвовали в этом, тоже смеялись? — *Нет.* — А муж? — *Тоже нет.* — Ваша семья не участвовала в преследовании? — *Я даже не знаю, уже не знаю ничего, мне никто ничего не говорит.* — По их поведению Вы не замечаете? — *Вижу они разговаривают, все нормально.* — Они разговаривают без всякой издевки? — *Да.* — Вы сегодня спали? — *Да.* — Первый раз? Дома-то, наверное, не спали совсем? — *Плохо спала.* — Настороженно? К шорохам всяким прислушивались? — *Все не могла уснуть.* — А было такое ощущение, что кто-то лезет в квартиру, открывает замки? — *Нет.* — Значит, только с помощью телевизора и лучей проникали к Вам? — *Да. Я могла до часу не спать, до двух.* — Специально не спали? — *Конечно, бывает такой наворот, что мозги вылезут.* — Какие у Вас вопросы к нам? — *Я просто хочу знать, когда это все прекратиться.*

## ВОПРОСЫ К БОЛЬНОЙ

**А. А. Глухарева.** Вы говорили, что передачи по телевизору показывают специально для Вас. — *Почему только для меня? По всей России показывают.* — Значит про Вас известно всей России? — *Я думаю, да.* — Скажите пожалуйста, с Вашим увольнением плохое отношение сотрудников на работе прекрати-

лось? — Прекратилось. — Полностью? — Да. — А то, что с Вами происходило с сентября — октября, имеет отношение к тому, что происходило на работе? — Я даже не знаю. — Вы обдумывали, почему по телевидению вся Россия узнает о Вас? — Я не знаю. — Почему у сотрудников было такое плохое отношение к Вам? Они хотели чтобы Вас уволили, хотели наказать Вас? — Мастер ко мне хорошо относилась, а рабочие... Она рабочих настраивает, что-то им напевает, и они потом срывают злость на мне. — Вы видели видеоканеру, которая из соседнего окна Вас снимала? — Да. Вот дом стоит, школа и рядом дом, и видно откуда идет излучение все это. — Вы видели это? — Да.

**И. П. Лещинская.** — Вы рассказывали, что у Вас в голове возникли неприятные ощущения. Что было вначале, эти ощущения или преследование? — Ощущения. — Значит, сначала было плохое настроение в связи с тем, что происходило на работе, потом появилась бессонница, потом появились неприятные ощущения, и потом услышали звук работающей камеры, появились мысли, что Вас снимают? — Да.

**А. Ю. Магалиф.** — Мы сделаем такую блокировку Вашей нервной системы, что ничего плохого Вам сделать не смогут и отстанут. Хорошо? — Да. — Всего доброго.

— Я забыл спросить, замечала ли она в отделении особое отношение к ней среди больных, были ли явления инсценировки, бредовой централизации?

**Врач-докладчик.** На второй день у нее было ощущение, что про нее все знают, в том числе и врач, поэтому врачу ничего про себя не рассказывала.

## ОБСУЖДЕНИЕ

**Врач-докладчик:** по первому впечатлению, статус больной определяется галлюцинаторно-параноидной симптоматикой. Скорее всего, это давний процесс в рамках параноидной шизофрении. Мы не увидели здесь выраженной аффективной окраски, растерянности, тревоги, страха.

**А. Ю. Магалиф.** Какой ведущий синдром? — Синдром Кандинского. — Сейчас он у нее не выражен. На сегодняшний день какой синдром: аффективно-бредовой, острый параноидный, параноидный, паранойальный? — Параноидный. — Хорошо. Спасибо. Пожалуйста, высказывайтесь.

**А. В. Павличенко.** Я согласен с лечащим доктором, что в оценке статуса этой больной серьезных дифференциально-диагностических различий нет. Статус параноидный. Процесс развивается не остро, как минимум, полтора-два года по классическим этапам Ясперса. При увольнении с работы у нее возможно был период растерянности, бредового восприятия. После увольнения, особенно последние два месяца стали возникать галлюцинации, похожие на функциональные: они появлялись вместе с включением теле-

визора. Затем она постоянно слышала “голоса”, интерпретировала звуки: например, щелчок принимала за включение камеры, которая ее снимает. Начало заболевания довольно позднее, приступ — галлюцинаторно-параноидный. Можно говорить о благоприятном прогнозе заболевания. У меня были подобные больные, и наблюдался довольно неплохой выход в течение полутора-двух месяцев активной терапии антипсихотиками.

— А какой диагноз Вы бы ей поставили? — В рамках течения это, скорее всего, параноидная шизофрения, не приступообразная. Это не приступ, очерченного аффективного приступа не было. — Вы все-таки находите какие-то аффективно-бредовые компоненты? Если это так, то не ставится ли в связи с этим под сомнение диагноз параноидной шизофрении? — Здесь нет аффективно-бредовых компонентов.

**Н. В. Правдина.** Анамнестических сведений недостаточно. Когда мы их получим, тогда можно будет подправить наши гипотезы. Сложно выяснить, были ли у нее соматические симптомы. В принципе, имеется период сниженного настроения, идеи самообвинения, даже суицидальные идеи. Сейчас, может быть, действительно, у нее нет такого напряженного аффекта, но скорее всего это было до начала бредообразования. Можно сказать, что бредообразование шло по типу острого чувственного бреда. Личность примитивная. Трудно было выяснить, был ли у нее период деперсонализации. Нужно посмотреть в динамике, как она выйдет из этого состояния. В плане диагностики это, наверное, шубообразная шизофрения.

**А. Ю. Магалиф.** — У нас уже есть два диагноза. Пожалуйста, какие еще предположения?

**Психолог.** Все попытки выяснить, были ли у нее какие-либо бредоподобные построения, может быть, в отношении своего здоровья, не дали результата. Сейчас нельзя реально воспринимать, то что она говорит, поскольку больная в остром состоянии. Это необъективная информация. Вы психологизируете ее слова. Она прекрасно работала до августа месяца и жила полной жизнью, раньше у нее никакого бреда не было. Острое состояние и развал мышления возникли только сейчас.

**И. П. Лещинская.** Анамнез был очень неинформативный, и она тоже сообщает мало сведений. Я считаю, что основой статуса является галлюцинаторно-параноидный синдром со всеми атрибутами синдрома Кандинского — Клерамбо. В отделении был такой эпизод, когда ее языком произносилась многократно одна и та же фраза. Это ее очень мучило, но она не могла остановиться, не произносить эту фразу. Я у нее спросила, может быть это навязчивое желание? Она сказала: “Нет, я не хотела, меня заставляли”. Это и галлюцинаторный, и двигательный, и идеаторный компоненты по Кандинскому. И наплывы мыслей были, когда у нее голова “распиралась”. Плюс к симптомам первого ранга — комментирующие гал-

люцинации и идеи преследования. Никакого шизоаффективного приступа тут нет, потому что аффекта нет. А вот, какая шизофрения приступообразно-прогредиентная или непрерывная...? Для того, чтобы поставить непрерывную, желательнее выделить паранойяльный этап.

— *А что его нет?* — Скорее всего паранойяльный этап длился два года. Теперь параноидный этап, сейчас даже с элементами парафренизации по глобальности происходящего с ней. Острое бредовое состояние, но без выраженного аффекта. На первом месте у нее сейчас раздражительность, нетерпимость и усталость от своего состояния. Когда начинаешь ее расспрашивать, она снисходительно отвечает: “Что Вы, не понимаете? Ведь все все знают”. И ей надоело все рассказывать, тем более, что у нее единственное желание, чтобы ей помогли. Здесь тоже интересный момент: бредовая больная идет самостоятельно лечиться. Мы ее спрашивали: “У Вас это болезнь?”, она говорит: “Нет, это не болезнь”. “А почему же Вы идете к врачу?” — “Я всех спрашиваю, мужа, детей, знакомых, родственников, что со мной происходит. Они мне дать ответа не могут. Но одна из родственниц мне сказала, что мне следует обратиться к врачу. Я пошла к врачу, потому что мне все равно, кто поможет”. Дает согласие на лечение, спокойно лечится, принимает лекарства и сегодня говорит, что чувствует себя гораздо лучше. — *Значит, Вы считаете, что это не острое состояние?* — Я считаю, что это обострение. Я считаю, что это параноидная шизофрения, галлюцинаторно-параноидный синдром. — *Это обострение или это манифест? Манифестация — это ведь не обострение, это кульминация некоего нового состояния.* — У нее был паранойяльный этап, сейчас у нее параноидный этап, какая же это манифестация?

**А. А. Глухарева.** В статусе, как мне кажется, преобладают не галлюцинаторные, а параноидные расстройства. Мы не слышим о псевдогаллюцинациях, которые обычно бывают у галлюцинаторных больных. На первом плане звучат параноидные расстройства: за ней следят, за ней наблюдают, о ней говорят. Фактически, в статусе есть и интерпретативные бредовые расстройства и элементы чувственного бреда: все преследуют, все смотрят, она не знает, почему, кому все это надо. Нет систематизации. В отношении остроты состояния. Это тревожная, растерянная, раптоидная больная. Она же живет все эти два месяца в остром состоянии, в тревоге — беспокойстве, прячется. Она с утра до вечера в бредовых интерпретациях. Да, это не состояние острой растерянности, хотя больная может дать и тревожный раптус. Нет даже минимальной критики к болезни и своему состоянию. Мне кажется, что не принципиален вопрос, какой тип течения в данный момент. Понятно, что это острый параноидный синдром. Все ее бредовые расстройства актуальны для нее. С моей точки зрения, это манифест. Манифест может длиться и два месяца. Что касается

ее паранойяльного этапа, то наверное, он имеет право на существование. Недостаточно объективных данных. Вполне возможно, что она заболела где-то осенью, и по бредовому ретроспективно интерпретирует тот период.

**Ю. А. Магалиф.** Здесь можно многое обсуждать. Давайте начнем опять-таки со статуса. Чем определяется статус больной? Все сошлись на том, что на первом месте у нее бред. Какой бред: интерпретативный или чувственный? Интерпретативный. Она считает, что ее преследуют. Кто — она не знает, кто-то что-то делает. Никакого особого значения, никакой инсценировки нет, никто ее здесь не разыгрывает. Интерпретативный бред: систематизированный или несистематизированный? Несистематизированный, потому что нет бредовой системы. Все действующие лица ее бредовых переживаний неопределены, неизвестен смысл поведения действующих лиц, зачем они это делают. Это острое или подострое состояние? Если острое, то какое? Посмотрите, как она сюда вошла. Упирается, корпус отброшен назад, идет маленькими шажками, ее тянут, она напряженно смотрит, садится и подозрительно на меня глядит. Есть растерянность, недоумение? Нет. Это не аффект недоумения больной в аффективно-бредовом состоянии, где имеется полнейшая дезорганизация мышления. Там ведь внимание постоянно переносится с одного предмета на другой. Больной не может выделить, интегрировать что-то главное во всей обстановке. Появляется, например, новый человек, все внимание переносится на этого человека, слышит больной какую-то фразу, он сразу поворачивается, и все внимание на эту фразу. Больной абсолютно не понимает, что делается вокруг, он недоуменно озирается по сторонам, не может сконцентрировать своего внимания. Это и называется аффектом недоумения. У нее нет этого. Она подозрительно оценивает обстановку. “Журналисты” сидят. Магнитофон на столе, все пишут, могут быть и журналисты. Это не что-то фантастическое. Это вполне может укладываться в интерпретативный бред. Что говорит об остроте состояния? Об остроте состояния говорит отсутствие системы. Здесь и журналисты, здесь и прохожие на улице, и врачи отделения, и больные, которые про нее все знают. Это, конечно, острое состояние. Почему? Потому что имеется большой удельный вес иллюзорно-бредового восприятия. Иллюзорно-бредовое восприятие обязательно говорит об остроте. Чем меньше иллюзорно-бредового компонента, тем “холоднее” бред. Какой у больной аффект? Про растерянность, аффект недоумения мы поговорили. Это депрессивный аффект? Она удручена, у нее скорбная депрессивная маска на лице, она называет себя преступницей, изменщицей, и поэтому о ней все знают, о ней говорят, преследуют из-за этого? Нет. У нее такое хитроватое выражение лица, время от времени даже оживленное. Она ведь оправдывается, она не считает себя ни в чем виноватой, не понимает за-

чем ее преследуют. Я, конечно, специально не стал ее расспрашивать об ее изменах, — потому что, это сейчас не принципиально, — не хотел ставить ее в неловкое положение, боялся, что она вообще ничего не расскажет. Обратите внимание, как она потом разговаривалась. Сначала это были тихие еле слышные слова, а потом она стала говорить более громко, освоилась. Но, тем не менее, депрессивный аффект есть. Она ответила мне, что тоска, подавленность ей знакомы. Во время кульминации острого состояния были идеи обвинения, иногда даже с фантастическими включениями: ее обвиняли “по телевизору” в аварии подлодки “Курск”. Правда, эти обвинения содержались только в рамках псевдогаллюцинаторных расстройств, а не в виде намеков и поведения окружающих. Это существенно. Она говорила, что у нее жалобы на собственную измененность. Я специально расспрашивал ее об этой измененности, потому что нужно было определить, бредовая это деперсонализация или аффективная. Понятно, что это ближе к бредовой деперсонализации. Она все время объясняет свою измененность воздействием, говорит: “Конечно, когда тебе постоянно “крутят мозги”, когда голова вот-вот лопнет”. Это все-таки бредовая деперсонализация.

Итак, это не аффективно-бредовое состояние с преобладанием бреда особого значения, инсценировки, антагонистического, фантастического бреда. Если это все же острое состояние, то какое? Острый параноид? — Нет, несмотря на наличие персекуторного бреда. Отсутствуют присущий острому параноиду выраженный аффект страха, тревоги, оборонительное поведение. Острый синдром Кандинского — Клерамбо? Мы установили, что он здесь был представлен соответствующей триадой: идеаторным, сенсорным, и моторным компонентами. Острый синдром Кандинского — Клерамбо, в отличие от хронического, вполне допускает наличие элементов иллюзорно-бредового восприятия, отсутствие систематизации бреда. Так что состояние нашей больной может укладываться в синдром Кандинского — Клерамбо. Тут говорили, что у больной галлюцинаторно-параноидный синдром. Между острым галлюцинаторно-параноидным синдромом и острым синдромом Кандинского — Клерамбо не очень большая разница. Все дело в удельных весах отдельных расстройств. У нее возникали суицидальные мысли. Но, обратите внимание, она сразу же объясняет это тем, что ее “довели”. Не потому что у нее идеи самообвинения, что она плохая, что она не имеет права жить, а что ее “довели”. Массивность, полиморфизм расстройств в остром периоде, в том числе и депрессивных, деперсонализационных часто помогают получить согласие больной на госпитализацию. Так было и здесь. При хронификации бреда это сделать гораздо труднее.

Теперь о течении болезни. Мы опираемся на то, что нам известно. Личность достаточно примитивная, рано вышла замуж — в 18 лет, а в 24 года — удаление

яичников. После этого отмечались астено-депрессивные периоды, лабильность аффекта, т.е. создалась некая психо-эндокринная почва, на которой легко могут возникнуть психические расстройства. В возрасте сорока лет (подходящий возраст для развития параноидной шизофрении) появились идеи отношения, вначале сверхценного, а потом и бредового характера. Тем не менее, она продолжала работать, выполняла свои обязанности в семье. Не было серьезных аффективных расстройств. Содержание бреда было примитивным, ограничивалось узким, знакомым кругом лиц. Не было выраженного чувственного бреда. Вспоминается знаменитый пример Снежневского в его лекциях (извиняюсь за неточность), когда больной видит перед собой вырытую яму. Больной с чувственным бредом скажет, что вырыли могилу, намекая, что ему пора умирать, а больной с параноидальным бредом, скажет: “Вот, вырыли яму, чтобы я ногу сломал”. У нее не было бреда особого значения, все было конкретно, приземлено и понятно: сотрудники что-то резали, подсовывали, чтобы ее уволить. Когда у нее началось обострение? После похода к экстрасенсу. Для такой примитивной личности это может быть неким толчком. Это обострение или манифест? При обострении параноидной шизофрении в клинической картине должна быть симптоматика предыдущего этапа. Элементы этого у нее есть: любовник был замешан в преследовании. Хотя не удалось установить четкой связи бывших преследователей и бреда воздействия. Я думаю, что это обострение параноидной шизофрении.

Какой прогноз? Скорее всего, прогноз достаточно благоприятный. Нет систематизации, нет типичного параноидного состояния: только подозрительность, напряженность, нет преобладания галлюциноза. Я думаю, что это обострение, как и любое острое состояние, удастся довольно быстро купировать. Такие состояния купируются разными нейрорептиками с широким спектром действия: трифтазином, трисидилом, галоперидолом. Дозы трифтазина 20 – 30 мг, может быть, с небольшим добавлением тизерцина на ночь, чтобы быстрее восстановить у нее сон. Какова может быть глубина ремиссии? Если мы имеем дело с аффективно-бредовым статусом, то нужно добиваться глубокой ремиссии и критики к болезни. Если мы имеем дело с бредовой шизофренией, то в результате лечения можно рассчитывать только на относительную критику к болезни и дезактуализацию бреда. Поэтому я и сказал нашей больной такую простую психотерапевтическую фразу: “Мы Вас “заблокируем” от этих лучей, и все будет хорошо”. И она с готовностью приняла такое предложение. Мы заранее знаем, что полной критики у нее не будет. Она может даже потом сказать, что действительно была больна, но болезнь была все равно кем-то вызвана. В дальнейшем, когда у нее будут (а скорее всего будут) повторные обострения, наступит большая систематизация.

Теперь я хотел бы сказать еще несколько слов о бредообразовании, о его механизме. Что требуется для того чтобы появился бред? С моей точки зрения, три основных фактора: измененный аффект, элементы иллюзорного восприятия и измененное мышление. Если эти три фактора существуют, то может развиться сверхценное бредоподобное или бредовое состояние. Вот простая модель — влюбленный человек. Аффект изменен? Изменен. Он постоянно об этом думает, он все время на это настроен. Он идет по улице и видит, что навстречу ему идет предмет его желания. Как он это определил? По контуру. Ему показалось, что это тот самый человек. Это иллюзорное восприятие. Через минуту он замечает, что обознался. Его нормальное мышление не фиксирует измененного восприятия. Если это личность паранойяльная, то может развиться сверхценное образование. Мы иногда не можем отличить сверхценную и бредоподобную идеи. Возьмем модель аффективно-бредового состояния. Там тоже аффект на первом месте. Дальше иллюзорное восприятие. Возьмите синдром положительного или отрицательного двойника. Вы спрашиваете больного: кто рядом с ним? Он говорит: *“Иван Иванович”*. “А кто такой Иван Иванович?” — *“Иван Иванович мой дядя, он тут ходит”*. — “Ваш дядя, Иван Иванович, брюнет или блондин?” — *“Брюнет”* — “Но ведь это же блондин”, *“Да”* — “А рост Вашего дяди маленький или большой?” — *“Большой”* — “Но, ведь этот человек маленький” — *“Действительно”* — “Почему же Вы решили, что это Иван Ивано-

вич?” — *“Это Иван Иванович и все”*. По каким-то отдельным штрихам он ему напомнил его дядю, и это зафиксировалось измененным мышлением. То же самое Вы увидите в остром бредовом состоянии. Там тоже изменен аффект. Больной ориентируется на слабые, второстепенные признаки. Очень важно обратить внимание на то, что при механизме бредообразования обязательно имеется опора на слабые признаки. Посмотрите, как эта больная “обнаружила” видеокамеру. Рядом, наверное, был дом, и было открыто окно, что-то блеснуло, она это увидела и интерпретировала как скрытую камеру. Т.е., сначала возникло иллюзорное восприятие; а потом интерпретация. В бредообразовании аффект первичен. Возьмите структуру любого бреда. Например, экспансивный бред, бред изобретательства всегда возникают на гипертимном фоне. Бред ущерба, преследования, ревности — на гипотимном. Какое это имеет значение, кроме академического? Удельный вес составляющих процесса бредообразования существенен для прогноза терапии. Чем больше аффективных и иллюзорных расстройств, тем быстрее и глубже редукция бреда, тем легче выбрать лекарственный препарат. Если удастся обнаружить аффективные расстройства в таких стойких бредовых образованиях, как бред ревности, можно добиться более глубокой ремиссии, используя антидепрессанты.

ВТОРОЙ ЕВРОПЕЙСКИЙ КОНГРЕСС  
НАСИЛИЕ В КЛИНИЧЕСКОЙ ПСИХИАТРИИ

28 – 30 июня 2001 г., Стокгольм

Тел.: +46 8 517 748 81;  
E-mail: [gerd.nyman@cspo.sll.se](mailto:gerd.nyman@cspo.sll.se)

## Вопросы психического здоровья и психиатрической помощи на страницах российской прессы

Ю. И. Полищук

2001 год, первый год XXI столетия объявлен Всемирной организацией здравоохранения годом психического здоровья. Во всех странах мира проводятся различные мероприятия, посвященные охране и укреплению психического здоровья, пропаганде основ психогигиены и психопрофилактики. Для России эта проблематика более чем актуальна. За последнее десятилетие по данным из многих источников отмечается беспрецедентный рост числа прежде всего непсихотических психических расстройств, расстройств личности, психосоматических расстройств, самоубийств, алкоголизма, наркомании. Психическая патология отрицательно сказывается на состоянии общего здоровья населения, резко снижает качество жизни и уровень социального функционирования, определяет большие экономические, социальные и моральные потери государства, ускоряет процесс депопуляции в стране, подрывает национальную безопасность.

2001 год накладывает большую ответственность на всех специалистов, работающих в области охраны психического здоровья. В уставе Российского общества психиатров записано: "Деятельность общества направлена на... содействие улучшению психического здоровья населения и повышение престижа психиатрии". Именно это является главной целью и основной задачей этой профессиональной организации. Их реализация предусматривает согласно устава следующие действия: "привлечение внимания всего общества к вопросам психического здоровья населения, постановку соответствующих вопросов перед органами здравоохранения, органами государственной власти и местного самоуправления, использование с этой целью средств массовой информации; систематическое информирование населения о проблемах и достижениях медицинской науки и практики в области психиатрии, наркологии, психотерапии, медицинской психологии; используя печать, радио, телевидение, выступления против дезинформации и распространения псевдо- и антинаучных представлений, касающихся указанных разделов медицины."

Специального внимания заслуживает программа Всемирной психиатрической ассоциации по борьбе со стигмой, связанной с диагнозом шизофрении и других психических заболеваний. В России общественное мнение, формируемое СМИ, в отношении

больных шизофренией и психически больных в целом, а также психиатрии, остается по-прежнему преимущественно негативным. Удерживаются различные предубеждения и дискриминация в отношении психически больных. Нередко прямо или косвенно ущемляются права и достоинство психически больных, что создает значительные трудности и препятствия на пути социальной реабилитации больных, их интеграции в общество. В октябре 1999 г. пленум правления Российского общества психиатров принял решение "включиться в реализацию программы борьбы со стигмой, связанной с шизофренией, с целью расширить представления населения об этом заболевании, его лечении и прогнозе на основе современных научных данных, о правах пациентов с психическими расстройствами и их участии в социальной сфере. Пленум подчеркнул необходимость улучшить отношение населения к больным шизофренией и их семьям, повысить уровень их социальной поддержки. Среди намеченных мероприятий предусматривались выступления психиатров в прессе, на телевидении, привлечение к этой работе общественных организаций родственников больных, организация групповых образовательных программ для семей психически больных, проведение в каждом психиатрическом учреждении лекций и бесед для родственников больных и бывших пациентов, включение материалов и сведений по дестигматизации во все образовательные программы для подготовки специалистов.

Для более успешной реализации намеченной программы преодоления стигматизации, связанной с психическими заболеваниями, важно предварительно получить и проанализировать сведения о том, как и в какой степени в настоящее время вопросы психического здоровья и психиатрической помощи освещаются в средствах массовой информации, в частности в прессе. С этой целью нами были просмотрены материалы основных российских газет за ноябрь, декабрь 2000 г. и январь 2001 г. Учитывались данные, опубликованные в "Комсомольской правде" (тираж 2695000 экземпляров), "Московском комсомольце" (тираж 2109135), "Аргументах и фактах" (тираж 2880000), приложении "Здоровье АиФ", "Известиях" (тираж 232500), "Труде" (тираж 612850), "Российской газете" (тираж 370930), "Независимой газете" (тираж

419000). Необходимо было выяснить: 1. в какой мере пресса уделяет внимание вопросам психического здоровья и психиатрической помощи населению, 2. что позитивного и что негативного несет в себе освещение этих вопросов, 3. как часто в просветительской работе по вопросам психического здоровья и деятельности психиатрической службы принимают участие ведущие психиатры.

Рассмотрим публикации, затрагивающие положение психически больных и вопросы психиатрической помощи. К публикациям такого рода с позитивной направленностью по отношению к общественному мнению можно отнести статьи в “Аргументах и фактах” по проблеме депрессий с комментарием и рекомендациями профессора В. Н. Краснова, в “Здоровье” АиФ о болезни Альцгеймера с обзором новых исследований американских специалистов, материалы в этой же газете по проблеме эпилепсии у детей с комментариями и разъяснениями детского невролога Е. В. Кеселя. В “Труде” опубликована статья о росте детских суицидов, глубинной причиной которых доктор педагогических наук Н. Азаров справедливо считает неудовлетворенную “жажду праведности в несправедном мире”, непонимание, черствость, бездушие или жестокость окружающих. Озабоченность состоянием психического здоровья населения Чечни проявила “Российская газета” в заметке “Опрос указал на страх”. Социологический опрос 1100 человек основных районов Чечни и Грозного показал, что 68 % опрошенных испытывает постоянное напряжение, страх и отчаяние. 40 % смотрят в будущее без оптимизма. Для потребителей психиатрической помощи стала издаваться газета “Катерина”. В 2000 году в ней были опубликованы две статьи профессора В. С. Ястребова по основам психиатрического законодательства. В “Здоровье АиФ” под заголовком “Чернуха в газете” сообщалось об отрицательном действии на психическое состояние многих людей информации о насилии, преступности и нищете. Эти данные научно подтверждены британскими учеными из Суссекского университета, которые провели психологические исследования под руководством профессора Г. Дейви. Под влиянием такого рода информации, сообщает газета, у людей нередко возникает чувство беспокойства, страха, депрессивные состояния. Профессор Г. Дейви считает, что СМИ “должны думать о психологическом ущербе, который может нанести населению слишком грубо поданная информация”. С таким заключением можно полностью согласиться. Однако мнения российских психологов по этому вопросу, весьма актуальному для населения России, мы в прессе не нашли. В интервью этой же газете министр здравоохранения Ю. Л. Шевченко на вопрос “Какое здоровье нужно оберегать в первую очередь — духовное или физическое?”, сказал: “Я считаю — и духовное. Наблюдения показывают, что, если человек живет в страхе, тревоге, то он саморазрушается. Сначала нервничает, потом у него подсакивает давление, а потом

начинаются морфологические изменения в органах”. Этим самым министр признал приоритетность охраны духовного и психического здоровья людей. Но одного признания мало. Необходимы конкретные дела. А их со стороны Министерства здравоохранения пока явно недостаточно.

Наряду с перечисленными публикациями немало места в газетах заняли публикации, негативно влияющие на общественное мнение в отношении психически больных и психиатрии. Хотя в ряде из них содержалась объективная информация о бедственном положении психиатрических учреждений. В большой статье “Приговор: шизофрения” “Московский комсомолец” рассказал о положении дел в Куровском психоневрологическом интернате. “Душевнобольных сирот давно уже никто не лечит. Им лишь дают возможность дожить свои дни. Там применяют сильные наркотики, бесконечные побои врачей, железные решетки больничного карцера. Диагноз у всех один — шизофрения, хотя комиссию, — по словам одного из обитателей интерната, — никто не проходил. Чуть что не так, колют галоперидол (одно из сильнейших наркотических веществ) и сажают в надзорку... В карцер сажают за плохое поведение, за отказ от работы за жалобы на начальство. Если и там не успокаиваются, колют лошадиные дозы галоперидола, чем доводят ребят до полного сумасшествия”. По словам другого обитателя интерната, его избил главврач Ниязов за то, что он ездил к другу в соседний интернат.

В том же номере газеты помещена статья о Петелинской специальной психиатрической больнице в Тульской области под заголовком “Последний приют грешников”. В ней сообщается, что на содержание одного душевнобольного выделяется 20 рублей в день. Вместе с пенсией этого едва хватает чтобы не умереть с голоду. Лекарств всегда не хватает. Петелинские врачи, по словам журналиста, считают, что их просто ждет возвращение в каменный век, и тогда из кладовых будут извлечены смиренные рубашки. Денег нет, еды — почти нет, все здание требует капитального ремонта. Главврач больницы Л. В. Лосев сказал журналисту: “Сейчас большинство людей медленно, но верно переходит грань, отделяющую реальность от безумия: растет количество депрессивных больных, суицидников, параноиков. Просто мы живем в условиях, в которых жить нельзя”. Конечно, подобные публикации усиливают и закрепляют негативное отношение населения к психиатрической службе и психиатрам.

В “Здоровье АиФ” № 43 за октябрь 2000 опубликована большая статья под заголовком “Душевнобольная Россия”. В ней приводится мнение руководителя психологической лаборатории Московского областного центра социальной и судебной психиатрии В. В. Гульдана, согласно которому, “если государство не будет контролировать ситуацию, считая, что все образуется, то это обернется угрозой бунтов возбужденных больных, спровоцирует несчастные случаи, и



уже через год или два вспышки социально опасных деяний, совершаемых душевнобольными, охватят всю Россию". Тут коллеге явно изменило чувство меры и такта в применении гиперболы. К его мнению присоединяется главный судебный психиатр Московской области Г. К. Дорофеенко, который сказал: "Состояние психиатрических больниц оставляет желать лучшего. И если в ближайшее время не будут предприняты действия, то мы действительно получим взрыв социально опасных действий, совершаемых психически больными."

"Московский комсомолец" в заметке "Безумие" подробно описывает как больной шизофренией совершил убийство человека. Корреспондент с подчеркнутой иронией пишет: "Убийца у нас тоже жалеют. Особенно, если речь идет о тех, кто сначала спятил, а потом человека угробил. В самом гуманном в мире государстве изолировать таких субъектов почему-то считается дурным тоном. Нельзя его в клетку сажать. Мы бедняжку полечим годика два – три (на большое, извините, денег нет). А потом отпустим. Перевоспитывайте его, люди добрые, облагораживайте — глядишь, цивилизованным человеком станет. Если еще кого-нибудь не убьет". Подобная позиция корреспондента явно направлена на возбуждение нетерпимости к психически больным, превращение их в изгоев.

"Комсомольская правда" в статье "В психбольнице даже елка вверх ногами" пишет, что в одной из Нижегородских "психушек" елка висит на потолке. Это придумал главный психотерапевт Нижнего Новгорода Я. Голанд. Под елкой медперсонал пел гимн Советского Союза на иронические слова Войновича. Главный психотерапевт заявил, что считает эту елку, прибитую к потолку, символом не только психбольницы, но и всей страны.

Некоторые газеты распространяют явную дезинформацию, сбивая с толку психически больных и их родственников. "Мир новостей" в № 51 за 16.12.2000 г. в статье "Диета от шизофрении" сообщил, что молоко и все молочные продукты, а также пшеница, ячмень, овес и рожь являются основными виновниками развития шизофрении. Больные этим заболеванием должны исключить эти продукты из питания. Автором этого "открытия" является американский профессор Кейд.

Уничижительные выражения "псих", "чокнутый", "алкаш", "психушка", "дурдом", "шизик" продолжают часто использоваться журналистами наиболее массовых газет "Комсомольской правды" и "Московского комсомольца", способствуя процессу дальнейшей стигматизации психически больных и больных алкоголизмом. В связи с этим в "Здоровье АиФ" главный психиатр Москвы В. Н. Козырев прямо заявил, что "СМИ продолжают проводить начатую еще в середине 80-х годов антипсихиатрическую кампанию. Поэтому доверие населения к психиатрам и психиатрической службе сегодня сильно подорвано". "Господа, — обращается Козырев к журналистам, — скажите, зачем вы это делаете?". Ответа он, конечно, не по-

лучил. Но вопрос этот остается. И отвечать на него должна психиатрическая общественность вместе с представителями СМИ.

### Проблема пьянства и алкоголизма на страницах российских газет.

За очень редкими исключениями при освещении вопросов, связанных с пьянством и алкоголизмом в стране, в газетах преобладал спокойный, примирительный или снисходительный тон с бесстрастной констатацией многочисленных фактов и проявлений этого национального бедствия с отношением к нему как неизбежному злу, связанному прежде всего якобы с национальными особенностями русского характера. Основное место ведущих российских газет занимала реклама и даже пропаганда алкогольных напитков и пьянства наряду с рекламой модных антиалкогольных средств. В "Московском комсомольце" за 29 декабря 2000 г. читателям даются советы врача-нарколога (!) В. Назарова о том, как следует пить, чтобы не опьянеть "раньше времени". Каждый человек, советует этот нарколог, должен знать, от какого количества алкоголя он пьянеет, и это количество нужно распределять на весь праздник. Разъясняется, что существует, оказывается, средняя норма приема алкоголя, которая для здорового мужчины составляет 300 граммов крепкого напитка. При подготовке к застолью нужно так рассчитать, чтобы "одна бутылка водки приходилась на двух взрослых". Повидимому нарколог Назаров знает "норму" выпивки и для детей и подростков, но не решается пока ее обнародовать.

В том же номере газеты вполне серьезно и достоверно сообщается, что от алкоголя можно поумнеть. Надо лишь знать дозу. Приводится мнение японских ученых о том, что алкоголь в небольших количествах положительно влияет на умственные способности: "Тот, кто в день выпивает 540 мл спиртного напитка, но не больше и не меньше, спокойно может садиться за диссертацию". Японцы, якобы, протестировали 2000 добровольцев и выяснили, что у умеренно пьющих мужчин коэффициент умственного развития стал выше на 3,3 очка, а у женщин на 2,2 очка. Совершенно ясно, что после подобных публикаций в популярной молодежной газете ее читатели будут совершенно невосприимчивы к антиалкогольной пропаганде со стороны самых авторитетных представителей официальной наркологии и психиатрии в ранге академиков и профессоров.

Свои советы как нужно правильно пить дает главный терапевт Москвы Л. Лазебник в "Комсомольской правде" за 25 декабря 2000 г. "Если пьянка предстоит серьезная, — заявляет он, — за два – три часа до начала оргий выпейте 100 г водки (коньяка). За это время ферменты успеют выйти на производственные мощности". Главный терапевт подводит научную базу под известный афоризм пьяниц "между первой и второй перерывчик небольшой". Затем даются заботливые советы терапевта, доктора медицинских наук, профессора Л. Лазебника как смягчить состояние тягост-

ного похмелья с помощью больших доз витаминов. О том, как правильно выбирать водку для праздничного стола писали "Известия". Газета выразила большое сожаление о том, что Министерство по антимонопольной политике наложило запрет на рекламу крепких спиртных напитков. В цветном приложении помещена реклама коньяков. "Аргументы и факты" рекламировали новый аппарат ЛУММАРК для изготовления этилового спирта в домашних условиях взамен самогонных аппаратов. Газета "Труд" рекомендовала выпивать ежедневно 3 бокала красного вина для профилактики кариеса и поддержания организма в здоровом состоянии: "Выпитая после еды рюмка вина способствует снижению веса, стимулирует расщепление жиров и вывод их из организма. "К пропаганде целебных свойств красного вина присоединился и академик РАМН В. Н. Шабалин. Он утверждает, что низкие концентрации алкоголя стимулируют обменные процессы и способствуют продлению жизни. "Алкоголь, — разъясняет академик, — обладает определенным антисклеротическим действием... Стакан сухого вина в день можно пить в любом возрасте". Не случайно поэтому "Московский комсомолец" 19.01.2001 г. описал brutальные формы пьянства в доме для престарелых в городе Климовск Московской области, в котором содержатся и психически больные из категории психохроников. "Здесь бывают по-настоящему счастливы раз в месяц, в день, когда выдают пенсию и удается напиться в стельку... По тропинке, ведущей от дома интерната к винному магазину, шаркала, ковыляла престарелая братия."

"Московский комсомолец" и другие газеты часто дают рекламу целительниц, представителей белой магии, которые якобы излечивают алкоголизм без ведома больного по фотографии или через родственников, что является ярким примером поощрения мошенничества и попустительства ему. Ни одного материала антиалкогольной направленности в просмотренных газетах за три месяца нам практически не встретилось. Лишь в профессиональной "Медицинской газете" за 17.01.2001 г. главный государственный санитарный врач Г. Онищенко решительно заявил о необходимости прекратить недобросовестную рекламу пива, так как она прежде всего воздействует на детей и подростков, а не на взрослых людей. Его поддержал главный нарколог Минздрава В. Егоров, который одобрил мнение Генерального директора Рекламного совета России Д. Бадаева, сказавшего, что "только идиоты могут показывать молодежь, пьющей пиво".

#### **Пресса о наркомании и наркоманах.**

Больше внимания этим вопросам уделяли молодежные газеты "Комсомольская правда" и "Московский комсомолец". "Наркомания распространяется по стране со скоростью степного пожара", писала "Комсомольская правда". За последние 5 лет число детей и подростков, которые попали под наблюдение наркологов в связи с употреблением наркотиков, увеличилось в 14 раз. Газета привела данные Минздрава

о том, что только 4 % наркоманов удается в результате лечения отказаться от наркотиков. "Московский комсомолец" поместил большую статью о работе наркологического центра "Возрождение" под руководством Ю. А. Вяльбы, который заявил, что в этом центре наркоманов не лечат, а учат жить с диагнозом "наркомания" и "ВИЧ". По его прогнозу через год — два из 10 наркоманов, поступающих в этот центр, только один будет без диагноза "ВИЧ". Газета приводит прогноз академика В. Покровского, который считает, что скоро каждый второй наркоман в России будет "ВИЧ" инфицирован. "Комсомольская правда" рассказала о демонстрации протеста у здания Минздрава под лозунгом "Медицинский героин против мафии и смерти". В ней приняли участие активисты Гражданской комиссии по правам человека, которые выступали с антипсихиатрическими требованиями во время работы XIII съезда психиатров России. Демонстранты подписали письмо министру здравоохранения с требованием выдавать наркотики наркозависимым наркоманам.

"Известия" сообщили об открытой продаже в Москве пива с марихуаной. "Российская газета" критиковала действия губернатора Нижнего Новгорода, который намерился "выкорчевать" наркоманию с помощью полиции нравов, делая ставку на карательные и силовые методы вместо усилий по организации и пропаганде здорового образа жизни. Та же газета в публикации "Наркопроблема — профилактика или реабилитация" анализирует наркологическую ситуацию в стране и подчеркивает необходимость укрепления и совершенствования законодательной базы в этой сфере, чему оказывается сопротивление со стороны определенных сил. Беспомощность правоохранительных органов в преодолении распространения наркотиков среди молодежи подчеркивает газета "Труд", сообщившая, что из Сибирского юридического института (бывшая Красноярская Высшая школа милиции) за употребление наркотиков были отчислены 14 студентов, в отношении трех возбуждены уголовные дела за сбыт наркотических средств. Три года назад были отчислены за употребление наркотиков 16 человек. "Труд" дал короткую информацию о конференции "Россия без наркотиков", состоявшуюся по инициативе Русской православной церкви. В докладе Патриарха отмечалось, что число погибших от наркомании в России сравнимо с числом жертв кровопролитной войны. Ни одного выступления ведущих российских наркологов по проблеме наркомании, их лечения и профилактики нам не встретилось.

Таким образом, ограниченный анализ газетных публикаций по вопросам психического здоровья, психиатрической и наркологической помощи показал существование предвзятых и устаревших представлений у многих журналистов по этим вопросам. Такая позиция закрепляет негативное представление о психически больных и психиатрии в общественном сознании, способствует дальнейшей стигмати-

зации в связи с психическими расстройствами. Глубокое сожаление и возмущение вызывают факты участия врачей, в том числе наркологов, в пропаганде алкогольных установок и традиций, их заявления о пользе алкогольных напитков в ситуации широчайшей алкогольной эпидемии в стране, которая уносит ежегодно сотни тысяч жизней. Психиатрическая общественность еще не заняла активную наступательную позицию в работе со СМИ по вопросам психиче-

ского здоровья, примирительно и пассивно относится к публикациям, тенденциозно и безответственно освещающих работу психиатров и психиатрических учреждений. Российские психиатры должны приложить усилия по освещению в СМИ успехов и достижений научной и практической психиатрии, должны убедительно показать ее гуманистические, нравственные и юридические основания и тем самым поднять престиж и авторитет российской психиатрии.

\* \* \*

**Комментарий редактора.** Публикуемая работа проф. Ю. И. Полищука представляет интерес во многих отношениях. Прежде всего, непосредственно в отношении заявленной цели: отношения к психическому здоровью и психиатрической помощи на страницах наиболее тиражной российской прессы. Значение этой темы нельзя преувеличить. Такие исследования следовало бы проводить регулярно по стандартной методике, прослеживая динамику и тенденции системы этих отношений в прессе и обществе. Попытка такого исследования предпринималась в 1990 году ВНЦПЗ с помощью контент-анализа, но тем не менее, носила предвзятый характер. Таким образом, даже в иных, казалось бы, строго научных исследованиях возможно определить тенденциозность самих исследователей и получить более полное и точное представление об исследуемой системе отношений. Хотя представленная работа не оперирует строгими методами, она дает возможность предварительного макроанализа в отношении как журналистов, так и психиатров советской выучки.

У проф. Ю. И. Полищука получается, что, если журналист описывает мрачную действительность, “в которой нельзя жить”, то это вредно для психического здоровья. Тем самым подводится основа под манипулятивный, воспитательный характер информации и цензуру, что возрождает советскую модель. Но полезно ли дезориентировать людей, лакируя действительность? И что полезнее для психического здоровья: “оранжерея” или иммунизация? А что полезнее для самой психиатрической службы: декорации или прозрачность? Ответы на все эти вопросы не только даны, но и давно подтверждены на практике. Просто необходима корректная форма выражения: конкретная, адресная, а не обобщенно-универсальная. Это открывает возможность говорить все необходимое, не только не вредя делу, но приобретая действенный стимул для его улучшения. Между тем, идея о вреде для психического здоровья честной информации о происходящем в Чечне и т.п. уже звучала не только в печати, но даже в проекте Закона об информационно-психологической безопасности. В этом контексте двусмысленно звучит отождествлением министром связи и информатизации “новой политической куль-

туры” (до сих пор всегда манипуляторской) со свободой слова (“Вопросы философии”, 2001, 3, 3 – 9).

Но вот журналист ставит альтернативу, актуальную для СМИ, министру здравоохранения: духовное или физическое здоровье важнее? Это альтернатива между идеологией и здоровьем. Министр явно отвечает про психическое, душевное, а не духовное здоровье. Но в легкости этого отождествления и его последствиях и состоит центральная проблема, определяющая тенденцию развития современной российской действительности: ее резко нарастающую идеологизацию. Итак, если здоровьем у нас побивают свободу слова, то идеология откровенно ставится выше здоровья.

Новым религиозным движениям вменяют нанесение грубого вреда физическому, психическому и духовному здоровью, причем акцент все более откровенно сдвигается в сторону вреда, прежде всего, нравственному, духовному здоровью (см. в данном выпуске журнала “Экспансия идеологии на психическое здоровье”).

В апреле на круглом столе в редакции “Медицинской газеты” в связи со Всемирным днем психического здоровья, полемизируя с экс-министром здравоохранения Т. Б. Дмитриевой, мы подчеркнули, что наиболее фундаментально место здоровья и жизни в системе ценностных приоритетов. Самурайский кодекс предписывает смерть за императора, тоталитарный — смерть за вождя. Современная западная модель ценит выше всего Жизнь и Здоровье. В этом состоит существо гуманизма. Хорошим индикатором является отношение к сдаче в плен и к пленным.

Жаль, что в тексте не выделена и потонула важная общественная инициатива — впервые созданная в России для лиц с психическими расстройствами и их родственников газета “Катерина”.

Цитируемым проф. Ю. И. Полищуком мнениям В. Егорова и Д. Бадаева о рекламе пива, также как заявлению министра здравоохранения о приоритетности психического здоровья, не сопутствуют соответствующие конкретные решения. Автор не отмечает бросающейся в глаза “детали”: тотальное огосударствление ТВ и почти всей многотиражной прессы не сопровождается уменьшением рекламы алкоголя. Таким образом государство расписывается в своих приоритетах в отношении альтернативы: идеология или здоровье.

# Социально-правовые аспекты реабилитации инвалидов стационарных учреждений социального обслуживания

М. С. Казаков

(Центральный НИИ экспертизы трудоспособности и организации труда инвалидов (ЦИЭТИН))

К стационарным учреждениям социального обслуживания Министерства труда и социального развития РФ относятся детские и психоневрологические интернаты, дома-интернаты общего типа, пансионаты для ветеранов войны и труда, центры геронтологии и реабилитации инвалидов молодого возраста. В них находятся инвалиды первой и второй группы, а также престарелые лица, не имеющие возможности обслуживать себя самостоятельно по причине своего физического или психического дефекта [3].

Правовые нормы, предметно направленные на защиту интересов инвалидов, определены в ряде законодательных актов [1, 2, 6, 8 – 10]. Однако несмотря на наличие такого количества правовых документов, затрагивающих различные стороны социально-правовой помощи инвалидам, помещенным в стационарные учреждения социального обслуживания, оказание этого вида помощи осуществляется недостаточно. Это можно объяснить следующими обстоятельствами. Проведение указанных мероприятий основывается на законодательстве Российской Федерации, обеспечивающем соблюдение прав всех членов общества, включая граждан, страдавших психическими заболеваниями. Вместе с тем, в правовых нормах, регулирующих отношения, участниками которых выступают психически больные, практически не ориентируются врачи стационарных учреждений социального обслуживания, т.к. эти нормы отличаются определенной спецификой и относительно редко встречаются в правоприменительной практике. Значительная часть законодательных актов, касающихся психически больных, не до конца разработана, отдельные юридические нормы противоречат друг другу. В то же время, следует помнить, что столкновения больных с ущемлением по разным причинам их прав и законных интересов, при отсутствии полной защиты этих прав, нередко приводят к обострению болезни. Все перечисленное выше подтверждает актуальность данной проблемы, которая обсуждается в настоящей публикации.

Статья 41 Ф. 3. “О психиатрической помощи” ставит необходимым условием согласие лиц на их помещение в учреждения социального обслуживания. По действующему законодательству инвалиды, страдающие психическими заболеваниями, могут быть переведены в дома-интернаты психоневрологического профиля принудительно только по решению суда, признавшего их недееспособными при согласии опекуна или органа опеки и попечительства [8, 10]. Данное положение должно быть четко и доходчиво разъяснено каждому оформляемому в дом-интернат работниками органов социальной защиты. Помещение больного в психоневрологический интернат автоматически лишает его права на преж-

нюю жилую площадь и прописку, накладывает ряд ограничений на пользование недвижимой собственностью, имуществом, ранее принадлежавшим ему. Практика работы учреждений социального обслуживания свидетельствует о том, что нередко инвалиды поступают сюда насильственно или обманным путем. Преследуя корыстные цели (завладение имуществом, квартирой и т.п.) родственники, соседи, иногда посторонние лица заставляют больного расписываться под заранее составленным текстом заявления, сами ставят за него подпись и оформляют в интернат. Инвалидам, помещенным в интернат, особенно психоневрологического профиля, оказание юридической помощи весьма затруднительно: они не в состоянии оплачивать услуги адвокатов, предъявлять иски в суд, собирать по делу необходимые доказательства, заявлять ходатайства и т.д. Из-за отсутствия фонда бесплатного муниципального жилья и достаточной материально-технической базы реабилитации не решаются вопросы интеграции в общество молодых инвалидов детских домов-интернатов, которых в массовом порядке переводят в психоневрологические интернаты для “дальнейшего проживания”. С нашей точки зрения, в целях дополнительных гарантий соблюдения прав инвалидов, страдающих психическими заболеваниями, следует ужесточить порядок их приема в учреждения социального обслуживания, потребовав на это письменного согласия пациента, заверенного у нотариуса, сделав это основным правилом оформления в дом-интернат на постоянное место жительства. В решении данного вопроса многое зависит от квалификации врачей-психиатров приемно- карантинных отделений, которые, ознакомившись с медицинской документацией, оценив психический и соматический статус больного, могут сделать заключение о юридически обоснованном помещении больного в психоневрологический интернат, а в случае необходимости предпринять срочные меры по оказанию социально-правовой помощи.

Реализация гражданских прав и свобод инвалидами учреждений социального обслуживания во многом зависит от информированности их о своих правах, формах и средствах их реализации. Только полная и достоверная информация позволит обеспечить защиту прав больных, создавая оптимальные условия для медико-социальной реабилитации. Права пациентов на получение информации закреплены в ряде правовых документов [4, 8]. Так, в соответствии со ст. 5 Ф. 3. “О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании” “все лица, страдающие психическими расстройствами, при оказании им психиатрической помощи имеют право на получение информации о своих правах, а также в до-

ступной форме и с учетом их психического состояния информацию о характере имеющихся у них психических расстройств и применяемых методах лечения". В сфере этических взаимоотношений перемешены способ и форма сообщения больному информации об имеющихся у него психических расстройствах и применяемых методах терапии. В ст. 12 Закона наиболее важным замечанием следует признать возможность больного не только отказаться от лечения в случаях, когда это позволительно по психическому состоянию, но и прекратить лечение на любой его стадии. Требуется согласие инвалидов стационарных учреждений социального обслуживания (в отдельных случаях письменное) на госпитализацию в психиатрическую больницу, если их действия не представляют социальной опасности для окружающих, на лечение психотропными препаратами, на перевод в другой интернат. Здесь речь идет о т.н. "информированном согласии" пациента по смыслу ст. 11 и 12 Закона "О психиатрической помощи". Рассмотренные принципы и процедуры в отношении недееспособных лиц применяются при согласии на это органа опеки или опекуна [1].

У врачей-психиатров учреждений социального обслуживания возникают определенные трудности при переводе больных на лечение в психиатрические больницы: с одной стороны необходимо согласие на это пациента, а с другой — согласно концепции ЦИЭТИНа дома-интернаты являются учреждениями преимущественно реабилитационного типа. Следовательно, лечение острых психических больных в этих учреждениях проводиться не должно, здесь не предусмотрены палаты усиленного наблюдения, а рабочая нагрузка на одного врача в 4 раза больше чем в психиатрической больнице. Возникает дилемма: либо госпитализировать больного в психиатрический стационар без его согласия, нарушая закон; либо гиперболизировать диагноз, а значит подтасовывать тот же закон. Также большие сложности о получении информированного согласия у слабоумных больных, которые являются юридически дееспособными лицами. По-видимому, в законодательных актах следует предусмотреть разрешение подобного рода нюансов и дать соответствующие комментарии.

Значительные трудности возникают при оказании социально-правовой помощи т.н. недееспособным и ограниченно дееспособным больным. Следует уточнить, что в соответствии со ст. 29 ГК РФ [1] для признания гражданина недееспособным требуется наличие и сочетание двух критериев: медицинского (душевная болезнь или слабоумие) и юридического (отсутствие способности понимать значение своих действий или руководить ими). Из текста ст. 29 ГК РФ вытекает, что душевная болезнь или слабоумие являются основанием для признания больного недееспособным в том случае, когда он, хотя и понимает значение своих действий, но не может руководить ими и наоборот. Над недееспособными лицами должна быть установлена опека, эти лица не утрачивают своих прав, но вступают в свои права только через своих опекунов.

С учетом данного аспекта весьма актуальным для администрации учреждений социального обслуживания

остается разрешение дел о вступлении в наследство недееспособных инвалидов, разделе их имущества и других жилищных споров. Примечательно, что ведение данной категории дел администрация домов-интернатов поручает некомпетентным лицам, не имеющим опыта работы в области социальной психиатрии. В качестве иллюстрации можно привести следующий пример. Больная М. 56 лет, поступила с диагнозом: "шизофрения, непрерывно-прогредиентное течение, слабоумие" в один из психоневрологических интернатов Московской области. Три года назад она была признана судом недееспособной, опекуном назначена сестра больной. В последующем органом опеки (орган местного самоуправления) сестра была отстранена от опекуинства за невыполнение своих обязательств. Больную вновь обследовали в психиатрической больнице и перевели в психоневрологический интернат. По месту предшествующего проживания у больной осталась недвижимая собственность (приватизированная двухкомнатная квартира), имущество. Орган местного самоуправления поставил об этом в известность психоневрологический интернат и предложил ему инициировать процесс по отчуждению имущества больной с последующей его продажей и перевода вырученных средств на спец. счет учреждения социального обслуживания. Решение данного вопроса эпизодически поручалось лицам, далеким от социальной психиатрии: заместителю директора по АХЧ, секретарю, завхозу и т.д. В результате вопрос не решен, имущество больной по-прежнему продолжает оставаться бесхозным.

Не менее актуальными остаются вопросы пенсионного обеспечения инвалидов стационарных учреждений социального обслуживания. Им выплачивается часть государственной пенсии (около 28 % от всей суммы). Они вправе самостоятельно распоряжаться деньгами [7]. Другая часть больных по своему психическому состоянию (выраженный интеллектуальный дефект, старческое слабоумие) признана судами недееспособными. Они нуждаются в учреждении над ними опеки в лице администрации учреждений социального обслуживания. При таких обстоятельствах пенсии подопечных должны расходоваться на их нужды и потребности администрацией дома-интерната.

В практической работе часто приходится решать вопросы по ограничению дееспособности отдельных лиц. В инструкции "О медицинских показаниях и противопоказаниях к приему в дома-интернаты" [3] перечислены группы больных, которым пребывание в учреждениях социальной защиты противопоказано. Это, в частности, больные с психопатоподобными расстройствами и асоциальным поведением, страдающие хроническим алкоголизмом, токсикоманиями, употребляющие наркотические вещества. Вместе с тем, указанные лица проживают в психоневрологических интернатах по ряду объективных причин: невозможности перевода их в специальные дома-интернаты (из-за отсутствия последних), невозможности выписки инвалидов домой и отчисления из учреждений социальной защиты по гуманным соображениям. В то же время изъятие в административном порядке у таких больных пенсий, которые они тратят на

спиртные напитки и наркотические вещества, неправомерно. Очевидно, в таких случаях администрации учреждений социального обслуживания целесообразно выйти с исковым заявлением в суд о признании данных лиц ограниченно дееспособными [1, 5, 11]. В отличие от недееспособных лиц ограниченно дееспособные больные наделены такими же правами, как и все остальные граждане, но распоряжаться пенсией они могут лишь с согласия попечителя в лице администрации дома-интерната.

Несмотря на значительную законодательную базу, регламентирующую права инвалидов, фактически не разработан "механизм" реализации этих законов и воплощения их в практику работы учреждений социального обслуживания. Обследование домов-интернатов Московской области, проведенное по линии ЦИЭТИНа в 1999 – 2000 гг., показало, что медико-социальная работа в этих учреждениях не находится на должном уровне: отсутствует квалификация и элементарные познания в этих вопросах у врачей, они не имеют представления о сложностях и специфике подобных дел. Сотрудники пенсионного фонда подходят к данному вопросу весьма формально, руководствуясь директивами своего ведомства: выдают на руки пенсии дееспособным инвалидам, а больным, над которыми учреждена опека, деньги переводятся на депозитный счет интерната [7]. При этом не учитываются степень выраженности дефектного состояния и овладения инвалидами социально значимыми навыками (знание достоинства денежных знаков, способность совершать покупки, умение чтения, счета, письма). "Опека" в отношении больных осуществляется на практике широким кругом лиц: старшими медсестрами, санитарками, работниками хозяйственных служб, "сохраняемыми" больными и даже посторонними лицами. Никакой отчетности и документации о расходовании денежных средств подопечных не велось. В связи с этим сделать выводы о рациональном расходовании их пенсий не представлялось возможным.

По-видимому, для координации всей социально-правовой работы в стационарных учреждениях социального обслуживания необходимо создание специального органа. На наш взгляд таким органом должен стать Совет по опеке и попечительству, созданный приказом руководителя психоневрологического интерната. Оказание практической социально-правовой помощи инвалидам следует проводить через работу Совета по опеке и попечительству. Такой Совет должен выполнять следующие функции:

— ежегодно проводить медицинские освидетельствования недееспособных инвалидов на предмет установления, продления или снятия опеки, в последнем случае направлять документы в суд о восстановлении дееспособности больных;

— проводить отбор больных на предмет признания их недееспособными через суд;

— назначать опекунов из числа родственников больных в случаях, когда это не противоречит интересам подопечных;

— осуществлять надзор за деятельностью опекунов, проверять их отчетность в расходовании пенсий инвалидов;

— периодически проверять имущество опекаемых, в необходимых случаях ставить вопросы перед органами местного самоуправления об отчуждении имущества опекаемых, его продаже и перечислении денежных средств на спецсчета опекаемых;

— контролировать пенсии подопечных, ежемесячно поступающие на спецсчета интерната, принимать решения о рациональном расходовании денежных сумм на нужды инвалидов;

— оказывать достаточную социально-правовую помощь подопечным, представлять в суде, защищая их интересы;

— вести необходимую документацию, в т.ч. по отчетности денежных средств больных.

В состав Совета по опеке и попечительству целесообразно включить: заместителя директора по медицинской части (главный врач интерната), главную медсестру, врачей-психиатров, медсестер по социальной помощи и социальных работников.

Таким образом, предложенный нами "механизм" реализации опеки и попечительства позволяет практически решать социально-правовые вопросы реабилитации больных домов-интернатов. В любом обществе забота о самых обездоленных, о тех, кто не в состоянии обеспечить себя сам, всегда ложится на плечи государства. Поэтому социально-правовая защита инвалидов должна стать одним из приоритетов работы стационарных учреждений социального обслуживания.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Гражданский кодекс РФ. — М., (Изд-во: "БЕК"), 1995, ч. 1. — 194 С.
2. Гражданско-процессуальный кодекс РСФСР // Сборник кодексов РФ — М.: с. 274 – 125, 1999.
3. Инструкция о медицинских показаниях и противопоказаниях к приему в дома-интернаты. Утв. Приказом МЗ СССР от 5.09.78 г. № 06-14/12 по согласованию с Госкомтрудом СССР // Сборник нормативных актов по организации работы домов-интернатов для престарелых и инвалидов Минсобеса РСФСР. — М.: ч. 1, с. 21 – 23, 1985.
4. Основы законодательства РФ об охране здоровья граждан. — М.: 1993. — 30 С.
5. Рудяков А. И. Практика применения законодательства РСФСР в отношении психически больных. — М.: с. 63 – 86, 1979.
6. Семейный кодекс РФ. — М.: (Изд-во: "Спарк"), 1996. — 527 С.
7. Указание Минсоцзащиты РФ № 1-28-У от 26.03.93 г. — М.: 1993. — 4 С.
8. Федеральный закон "О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании". — М.: (Изд-во: "НПА"/, 1993. — 32 С.
9. Федеральный закон "О социальном обслуживании граждан пожилого возраста и инвалидов". — М.: (Изд-во: ЦБНТИ), 1995. — 48 С.
10. Федеральный закон "О социальной защите инвалидов РФ" // Сборник законодательства РФ. № 48. — М.: с. 34 – 40, 1995.
11. Циркулярное письмо МЗ СССР № 21-27/1320 "Об улучшении работы органов здравоохранения по осуществлению функций попечительства в отношении ограниченных в дееспособности граждан, которые вследствие злоупотребления спиртными напитками и наркотическими веществами ставят свою семью в тяжелое материальное положение". — М.: 1975. — 4 С.

# Необходимость терапевтического мониторинга психотропных средств в детской психиатрии

А. А. Баянов, И. В. Ширяева, С. А. Королева (Новосибирск)

Большинство психотропных средств обладают, как известно, отчетливым депримирующим действием на личностную, идеаторную и эмоционально-волевую сферы психической деятельности человека. В этой связи, их бесконтрольное использование для коррекции личностных расстройств, так называемого девиантного и диссоциального поведения в психиатрических клиниках и учреждениях закрытого типа стран с неустойчивыми демократическими традициями может быть своеобразным инструментом регуляции гражданской активности. Эта проблема становится еще более актуальной при рассмотрении ее в рамках соблюдения прав ребенка и охраны психического здоровья детей. Нейролептики, транквилизаторы, снотворные средства и антидепрессанты нередко необоснованно и бесконтрольно используются как в детских стационарах и интернатах психиатрического профиля, так и в специализированных закрытых учреждениях для социально дизадаптированных детей и подростков, и даже детских домах общего типа.

К сожалению, в России проблема профессиональных злоупотреблений и некомпетентности при применении психоактивных средств в детской психиатрии все еще актуальна. Вместе с тем, на современном этапе индивидуальный подход к лечению психотропными средствами предполагает необходимость учета таких факторов, как особенности психопатологии и течения психического заболевания, физиологические особенности организма и функционального состояния, фармакокинетические и фармакодинамические параметры, а также конституционально-личностные особенности (Александровский Ю. А. и др., 1995) и фенотип эмоционально-стрессовой реакции (Середенин С. Б., 1998). При этом, роль индивидуальных фармакокинетических параметров и генетически детерминированных особенностей биотрансформации психотропных средств для рациональной фармакотерапии наиболее значима (Baszlej J., Kiejna A., 1995). Современные достижения молекулярной фармакологии в исследовании межэтнических и межиндивидуальных особенностей метаболизма психоактивных веществ успешно внедряются в зарубежных клиниках как метод терапевтического ВЭЖХ\*-мониторинга психотропных средств и их метаболитов (Eyles D. et al., 1994, Battino D. et al., 1995, Shimoda K. et al., 1995, 1997, Chiba K., et al., 1995). Этим простым диагностическим методом определяется индивидуальный тип биотрансформации и распределения психотропных средств и их метаболитов в организме. С одной стороны, это позволяет подобрать индивидуальную под-

держивающую дозу препарата, избежать ранних и отдаленных побочных эффектов проводимой терапии, что значительно повышает ее эффективность и снижает себестоимость лечения. С другой — позволяет осуществлять объективный достоверный контроль за проводимым лечением, являясь правовой и этической основой для надзора за врачебными злоупотреблениями и компетентностью в фармакотерапии. Именно при психо-фармакокоррекции, особенно при пролонгированной терапии, данная проблема проявляется наиболее отчетливо. Наряду с супрессирующим влиянием большинства психотропных препаратов на психическую активность, не менее актуальным фактором является высокая частота побочных эффектов, включая лекарственную зависимость и парадоксальные психические реакции (Di Mascio A., 1973, Hoefler I., Batting K., 1994, Калуев А., Нуца Н., 1998), и высокая вероятность отдаленного мутагенеза при применении некоторых из них у детей (Griffin R. et al., 1995).

Опыт внедрения терапевтического мониторинга антиконвульсантов, а также психотропных средств и их метаболитов в условиях детского центра психоневрологического профиля позволил значительно повысить эффективность проводимого лечения за счет снижения частоты побочных эффектов (на 94 %), длительности фармакотерапии и ее себестоимости (Bayanov A., Brunt A., 1997). Вместе с этим, независимая экспертиза адекватности фармакокоррекционных схем в психиатрических клиниках и специальных закрытых учреждениях г. Новосибирска методом случайного выбора показала, что, по меньшей мере, каждый третий пациент получает неадекватно высокую дозу нейролептиков, антидепрессантов или транквилизаторов, что сопровождается отчетливыми побочными эффектами, такими как парадоксальные, нейро- и общетоксические реакции, наносящими еще более выраженный психический и физический ущерб пациенту.

Хроматографический мониторинг галоперидола у 56 детей с различными расстройствами психотического уровня показал, что только 48 % из них препарат назначался адекватно скорости его деградации в печени, идентифицируемой по скорости наработки пиридиновых метаболитов галоперидола (Eyles D. et al., 1994); достаточно быстро купировалась аффективно-бредовая симптоматика. Тогда как у 41 % детей доза галоперидола соответствовала среднетерапевтической, но в 2,5 – 3,5 раза превышала галоперидол-метаболизирующую активность соответствующих цитохромов P450 печени, что коррелировало с высокой частотой

токсических реакций ( $r = +0,65$ ) и проявлялось в большинстве случаев выраженными экстрапирамидными побочными расстройствами или парадоксальным “растормаживающим” эффектом (Баянов А. А. и др., 1998б). Предполагается взаимосвязь тяжести экстрапирамидных расстройств при нейролептической терапии со степенью дефекта цитохрома P450 2D6 печени (Arthur H. et al., 1995), что обуславливает “слабый” тип метаболизма нейролептиков и галоперидола, в частности. Не менее показательным является опыт терапевтического мониторинга модитен-депо у 10 воспитанников детских домов 12 – 14 лет, получавших его не реже 1 раза в месяц в дозе 15 – 25 мг в связи со стойким социализированным или оппозиционно-вызывающим расстройством поведения. У 7 из них идентифицировалась умеренно выраженная экстрапирамидная побочная симптоматика, что коррелировало с почти трехкратным превышением концентрации препарата в сыворотке ( $r = +0,36$ ) и сниженной активностью биотрансформирующих модитен-депо цитохромов P450 и УДФ-глюкуронилтрансферазы печени (Баянов А. А. и др., 1998б). Необходимо заметить, что часто такие дети, как и в представленном случае, получив инъекцию препарата в стационаре, не находятся под динамическим амбулаторным наблюдением психиатра и не получают других видов психокоррекции после выписки.

Сравнительно высокая частота гиперкинетического расстройства поведения с дефицитом внимания в детской популяции обуславливает особый подход психотерапевтов, психиатров и психологов к этой проблеме как с точки зрения коррекции, так и в плане профилактики социальной дизадаптации. Несмотря на немалые возможности психотерапии данного расстройства, опыт показывает, что, в большинстве случаев, только в комбинации с “щадящей” фармакокоррекцией практически гомеопатическими дозами психостимуляторов или трициклических антидепрессантов можно добиться отчетливого лечебного эффекта. Однако, прежде чем попасть на прием к психиатру или психотерапевту, дети с гиперактивностью и дефицитом внимания длительно находятся под наблюдением неврологической службы и получают часто неадекватную фармакотерапию. Нами обследованы 32 ребенка 8 – 11 лет с гиперкинетическим расстройством поведения, лечившихся не менее 2-х недель сибазоном (диазепамом) в среднетерапевтических дозах. Отличительной особенностью проводимой терапии являлось отсутствие ожидаемого седативного эффекта (9 человек) или парадоксальная реакция на диазепам, проявляющаяся умеренно выраженным “растормаживающим” эффектом (20 человек). Причем, в 26 случаях концентрация в моче деметилированного метаболита диазепама — нордиазепама — определялась почти в 14 раз ниже концентрации гидроксилированного метаболита — темазепама и в 5 раз ниже по сравнению с группой детей, получавших диа-

зепам по такой же схеме в связи с невротическими, неврозоподобными расстройствами или расстройством адаптации. Очень вероятно, что низкая активность печеночного цитохрома P450 2C19, ответственного за деградацию диазепама до нордиазепама (Jung F. et al., 1997) способствует биотрансформации препарата преимущественно по пути гидроксилирования с образованием высоких концентраций гидроксиметаболитов (темазепама и оксазепама), вызывающих неадекватную реакцию по типу нейротоксической. Необходимость строго индивидуальной фармако-терапии производными бензодиазепама широко обсуждается в отечественной литературе (Александровский Ю. А., 1994, Середенин С. Б., 1998, Бенькович Б. И., 1998). Однако, клиническое внедрение надежных фармакологических методов регистрации адекватности терапии бензодиазепиновыми транквилизаторами до сих пор не осуществляется.

Высокий уровень неадекватной антидепрессивной фармакотерапии при эндогенной депрессии (Isoraetsa E. T. et al., 1994), а также широкое использование для коррекции дистимических и неврозоподобных расстройств у детей трициклических антидепрессантов (амитриптилина, в частности), обуславливают необходимость их терапевтического мониторинга в клинике.

С целью повышения эффективности лечения эндогенной депрессии трициклическими антидепрессантами нами наблюдалось 36 детей 10 – 14 лет, у которых умеренный или тяжелый депрессивный эпизод возник по меньшей мере за 2 недели до обращения. Диагноз верифицировался в соответствии с критериями МКБ-10. Все пациенты получали амитриптилин в среднетерапевтических дозах в течение 2-х недель. Через 24 часа и на 15-е сутки в моче методом ВЭЖХ идентифицировалось содержание метаболитов амитриптилина: нортриптилина и гидрокситриптилина (Shimoda K. et al., 1995). Эффективность проводимого лечения объективизировалась по шкале Гамильтона. Анализ показал (Баянов А. и др., 1998а), что только у 7 детей проводимая терапия вызывала редукцию депрессивной симптоматики не оказывая побочных эффектов; соотношение нортриптилина и гидрокситриптилина было почти одинаковым. Это позволило считать проводимую терапию адекватной и условно принять данную группу пациентов за группу сравнения. У 13 детей антидепрессивный эффект не наблюдался, в 6,5 раз преобладала концентрация неактивного метаболита — гидрокситриптилина и достоверно не отличалась концентрация нортриптилина (относительно группы сравнения). Вероятнее всего, высокая активность печеночного цитохрома P450 2D6, участвующего в гидроксилировании амитриптилина (Shimoda K. et al., 1995, Coutts R. et al., 1997), позволяет осуществлять его “быструю” деградацию до неактивного гидроксиметаболита, что снижает как плазменную концентрацию собственно амитриптилина, так и



образование его активного метаболита. У 16 детей антидепрессивный эффект наблюдался уже через 1 – 1,5 недели, но в большинстве случаев сопровождался вторичным расстройством сна, психомоторным возбуждением и в 3-х случаях транзиторными галлюцинаторными проявлениями. Сопоставление с группой сравнения выявило у этих детей 2,5-кратное преобладание концентрации нортриптилина и отсутствие достоверного различия концентраций гидрокситриптилина. По-видимому, повышенная активность печеночного цитохрома P450 2C9, участвующего в деметилировании амитриптилина (De Vane C., 1994, Ghahramani P., et al., 1996), позволяет осуществлять его “быстрый” метаболизм до активного нортриптилина, который, как известно, обладает выраженным психостимулирующим эффектом. Генетически детерминированные различия метаболизма трициклических антидепрессантов в человеческих популяциях, обуславливающие необходимость строго индивидуально-го подхода к их клиническому использованию, были доказаны еще в конце 70-х годов (Asberg M., 1976, Вовкин Р. Я., Аксенова И. О., 1982). По мнению Shimoda K. et al. (1997), использование мониторинга амитриптилина и соотношения его метаболитов в плазме позволяет точно прогнозировать эффективность терапии и клинический исход у 73 % больных с депрессивным эпизодом, получающих препарат.

Использование барбитуратов в качестве антиконвульсивных и снотворных средств известно давно. Однако, широкий спектр побочных эффектов при длительном лечении фенобарбиталом, включая задержку психического развития, эмоционально-волевые и когнитивные расстройства, обуславливают строго рациональный подход к его применению (Vattino D. et al., 1995). А обнаруженная способность фенобарбитала выступать в качестве потенциального промотора канцерогенеза (Abanobi S. et al., 1982, Лукиенко П. И. и др., 1995) за счет индукции печеночных цитохромов P450, участвующих в метаболической активации про- и канцерогенов до реакционно способных продуктов (Вауанов А., 1997), делает задачу исключительно индивидуального подхода к лечению фенобарбиталом одной из актуальнейших в психоневрологии. По данным доклада Всемирной организации здравоохранения (1995) у 8 % длительно лечащихся фенобарбиталом пациентов встречаются различные формы онкопатологии. В этой связи в течение 4 лет нами проводится терапевтический мониторинг фенобарбитала при лечении больных эпилепсией (2000 случаев). Анализ показал, что в 49 % назначенная доза фенобарбитала выходила за пределы коридора терапевтической концентрации в плазме и не оказывала желаемого антиконвульсивного эффекта (Глухов Б. М. и др., 1998, Королева С. А., 1999). Это позволило строго индивидуально подойти к фармакотерапии фенобарбиталом, достичь желаемого результата, избежать побочных эффектов, а в ряде

случаев и отказаться от его приема. Немаловажно, что при назначении в терапевтических дозах таких препаратов, как суксилеп, дифенин, депакин и финлепсин, только в 44, 23, 43 и 24 % случаев, соответственно, их концентрация в плазме соответствовала терапевтической\*\*, что коррелировало с удовлетворительным антиконвульсивным эффектом ( $r = +0,40$ ) и не сопровождалось побочными реакциями (Королева С. А., 1999).

В последнее время фармацевтический рынок России заполнен новейшими психотропными препаратами зарубежного производства. К сожалению, заинтересованные фармацевтические фирмы нередко заранее ориентируют мнение отечественных психиатров-экспертов только на положительный эффект от предлагаемой психофармакотерапии. При этом, контрольная апробация зарубежных психотропных средств не учитывает этнические особенности их метаболизма в российской популяции. Тогда как, полученные данные показывают, что на современном этапе терапия даже давно известными и хорошо зарекомендовавшими себя психотропными препаратами требует объективных методов мониторинга и современных знаний межиндивидуальных закономерностей их фармакокинетики.

По нашему мнению, в детских психоневрологических учреждениях России включение в лечебные схемы новых зарубежных психотропных препаратов без их терапевтического мониторинга и предварительных данных по фармакокинетике и этническим особенностям метаболизма у детей является преждевременным. В противном случае, отдаленные последствия от проводимой психофармакотерапии уже через несколько лет вряд ли можно будет расценивать как следствие добросовестного врачебного заблуждения.

Таким образом, представленные данные свидетельствуют в пользу необходимости применения терапевтического мониторинга психотропных средств и антиконвульсантов для повышения эффективности проводимого лечения, снижения частоты побочных эффектов и объективного контроля за фармакотерапией в психиатрических клиниках и закрытых учреждениях.

Помимо биомедицинского и этического аспектов, данная проблема открывается и с правовой точки зрения. В соответствии с Конвенцией ООН о правах ребенка (1989 г.), дети имеют право на “особую заботу и помощь” (Преамбула) и на охрану психического здоровья “наиболее совершенного уровня” (ст. 24, параграф 1). Кроме того, “ребенку, способному сформулировать свои взгляды”, гарантируется защита “права свободно выражать эти взгляды по всем касающимся ребенка вопросам” (ст. 12, параграф 1), включая его мнение об оценке психического здоровья и о лечении (Принципы 6 и 8 Американской психологической ассоциации, Melton G. B., 1991), а также “право на то, чтобы этим взглядам было оказано должное внима-

ние” (ст. 12, параграф 1). И, наконец, Конвенция гарантирует “детям, помещенным в учреждения для длительного пребывания, периодическую оценку и пересмотр методов лечения” (ст. 25).

Фактически, в России контроль со стороны государства за лечением психотропными средствами детей формален; ограничена и деятельность независимых экспертных организаций для осуществления такого контроля. Хочется надеяться, что терапевтический мониторинг психотропных средств в детских учреждениях психиатрического профиля и специализированных закрытых учреждениях реально станет профессиональным этическим стандартом и новым демократическим принципом XXI века в России.

\* ВЭЖХ — высокоэффективная жидкостная хроматография

\*\* — все методики хроматографического мониторинга антиконвульсантов были разработаны и адаптированы к работе на микроколоночном хроматографе “Миличром-4” химиком-экспертом, к.х.н. Шамовским Г. Г. (Институт хроматографии “Эконова”, г. Новосибирск)

## ЛИТЕРАТУРА

1. Александровский Ю. А. // Эксперим. и клинич. фармакол. Т. 57, № 5. сс. 7 – 11, 1994.
2. Александровский Ю. А., Аведисова А. С., Серебрякова Т. В. Медикаментозные средства в пограничной психиатрии. — М.: РИО ГНЦ им. В. П. Сербского МЗ РФ, 1995. — 49 с.
3. Баянов А. А., Брант А. Р., Рагимова Э. М. // Мат. Междунар. конф. “Проблемы детства в России: перспективы раннего вмешательства и ранней профилактики.” — Архангельск, 1998. сс. 23 – 25. (а)
4. Баянов А. А., Ширяева И. В., Брант А. Р. // Мат. Всеросс. науч.- практ. конф. “Социальное и душевное здоровье ребенка и семьи...” — М.: 1998. с. 83. (б)
5. Бенькович Б. И. // Независ. психиатр. журн., № 3, сс. 34 – 42, 1997.
6. Вовин Р. Я., Аксенова И. О. Затяжные депрессивные состояния. — Л.: Медицина, 1982. — 192 С.
7. Глухов Б. М., Дегтярева В. Г., Королева С. А. // Мат. Всерос. симп. по теоретич. и практич. хроматографии и электрофорезу. — М.: 1998. с. 92.
8. Калугев А. В., Нуца Н. А. // Эксперим. и клин. фармакол. Т. 61. № 5, сс. 69 – 74, 1998.
9. Королева С. А. // Мат. науч.-практ. конф. “Актуальные вопросы современной медицины.” — Новосибирск, 1999. с. 91.
10. Лукиенко П. И., Заводник Л. Б., Бушма М. И. // Эксперим. и клинич. фармакол. — Т. 58, № 1, сс. 68 – 73, 1995.
11. Середенин С. Б. // Мат. Всеросс. науч. конф. “От Materia Medica к современным медицинским технологиям.” — Санкт-Петербург, 1998. сс. 155 – 156.
12. Abanobi S., Lombardi B., Shinozuka H. // Cancer. Rev. V. 42. pp. 412 – 415, 1982.
13. American Psychological Association. Ethical principles of psychologists // Am. Psychologist. V. 45. pp. 390 – 395, 1990.
14. Arthur H., Dahl M., et al. // J. Clin. Psychopharmacol. V. 15. № 3. pp. 211 – 216, 1995.
15. Asberg M. Pharmakopsychiat. Neuro-Psychopharmakol. — Stuttg., 1976. — Jg. 9. H. 1. — S. 18 – 26.
16. Baszlej J., Kiejna A. // Psychiatr. Pol. V. 29, № 1. pp. 45 – 46, 1995.
17. Battino D., Estienne M., Avanzini G. // Clin. Pharmacokinet. V. 29., № 4. pp. 257 – 286, 1995.
18. Bayanov A. A., Brunt A. R. Mental Health Policy and Economics. —Budapest, 1997. p. 31.
19. Bayanov A. A. // FASEB J. V. 11, № 9. p. 295, 1997.
20. Chiba K., Horii H., et al. // J. Chromatogr. V. 668. pp. 77 – 84, 1995.
21. Coutts R., Bach M., Baker G. // Xenobiotica. V. 27, № 1. pp. 33 – 47, 1997.
22. De Vane C. L. // J. Clin. Psychiatry. V. 55. Suppl. pp. 38 – 45, 1994.
23. Di Mascio A. // Psychopharmakologia. Bd. 30, № 2. ss. 92 – 102, 1973.
24. Eyles D., McLennan H., et al. // Clin. Pharmacol. Ther. V. 56, № 5. pp. 512 – 520. 1994.
25. Ghahramani P., Ellis S. W., et al. // Brit. J. Clin. Pharmacol. V. 42, № 2. pp. 260 – 261. 1996.
26. Griffin R. J., Burka L. T., Demby K. B. // Hum. and Experim. Toxicol. V. 14, № 10. pp. 779 – 786, 1995.
27. Hoefler I., Bating K. // Pharmacol. Biochem. Behav. V. 48, № 4. pp. 899 – 908, 1994.
28. Isometsa E. T., Henriksson M. M., et al. // Am. J. Psychiatry. V. 151. pp. 530 – 536, 1994.
29. Jung F., Richardson T. H. et al. // Drug Metab. and Dispos. V. 25, № 2. pp. 133 – 139, 1997.
30. Melton G. B. // Am. Psychologist. V. 46. pp. 66 – 71. 1991.
31. Shimoda K., Noguchi T., et al. // J. Clin. Psychopharmacol. V. 15, № 3. pp. 175 – 181, 1995.
32. Shimoda K., Yasuda S., et al. // Psychiatry. Clin. Neurosci. V. 51. № 1. pp. 35 – 41, 1997.
33. United Nations (UN) General Assembly. Adoption of a Convention on the rights of the child. — New York: Author, 1989, November, 17.

## Эксперт-психиатр. Кто он?

(о правомерности судебно-экспертной деятельности НПА России)

Ю. Н. Аргунова

В последнее время в работе некоторых психиатрических учреждений, осуществляющих производство судебно-психиатрических экспертиз (СПЭ), стали отмечаться грубые нарушения норм права: неисполнение судебных определений, подмена функций суда, ущемление прав подэкспертных. Стремясь монополизировать экспертную деятельность, руководство этих учреждений игнорирует определения судов о назначении СПЭ с участием специалистов, не являющихся сотрудниками данных учреждений, в частности, представителей НПА России, предпринимает активные действия по недопущению их участия в комиссии. В ход идет надуманная, не основанная на законе аргументация: отсутствие у врачей-психиатров и психологов Ассоциации необходимых познаний, отсутствие сертификата по специальности "судебная психиатрия", а также лицензии на проведение СПЭ. Предпринимаются также отдельные попытки оспорить правомерность позиции суда, поручившего проведение амбулаторной экспертизы непосредственно врачам-психиатрам НПА (в том числе с персональным назначением в качестве экспертов).

Представляется необходимым в этой связи напомнить коллегам ряд норм действующего законодательства, дабы вернуть процесс производства СПЭ в правовое русло.

Судебная экспертиза — это процессуальное действие. Порядок ее назначения и проведения регулируется, как известно, Гражданским процессуальным и Уголовно-процессуальным кодексами.

В соответствии с ч. 1 ст. 75 ГПК РСФСР *экспертиза производится экспертами соответствующих учреждений либо иными специалистами, назначенными судом. В качестве эксперта может быть вызвано любое лицо, обладающее необходимыми познаниями для дачи заключения. При назначении эксперта суд учитывает мнение лиц, участвующих в деле.*

Согласно ст. 78 УПК РСФСР *экспертиза производится экспертами соответствующих учреждений либо иными специалистами, назначенными лицом, производящим дознание, следователем, прокурором и судом. В качестве эксперта может быть вызвано любое лицо, обладающее необходимыми познаниями для дачи заключения. Пункт 2 ч. 1 ст. 185 УПК дает*

*право обвиняемому просить о назначении эксперта из числа указанных им лиц.*

Таким образом, из приведенных норм следует:

1. Экспертиза может производиться как в экспертном учреждении, так и вне его иными специалистами.

На это указывает и ст. 41 Федерального закона "О государственной судебно-экспертной деятельности в Российской Федерации" от 31 мая 2001 г.<sup>1</sup>, в которой говорится: "В соответствии с нормами процессуального законодательства Российской Федерации судебная экспертиза может производиться вне государственных судебно-экспертных учреждений лицами, обладающими специальными знаниями в области науки, техники, искусства или ремесла, но не являющимися государственными судебными экспертами". Как сказано в ст. 27 Федерального закона, судебная экспертиза в отношении живых лиц может производиться в медицинском или ином учреждении, а также в другом месте, где имеются условия, необходимые для проведения соответствующих исследований и обеспечения прав и законных интересов лица, в отношении которого проводятся исследования.

2. Лицо, чье психическое состояние подлежит оценке, обладает правом просить орган, назначающий экспертизу, о назначении в качестве эксперта указанного им лица.

Аналогичная норма содержится и в Основах РФ об охране здоровья граждан. На основании ч. 3 ст. 52 Основ гражданин или его законный представитель имеет право ходатайствовать перед органом, назначившим СПЭ, о включении в состав экспертной комиссии дополнительно специалиста соответствующего профиля с его согласия.

Данное законодательное правило является для подэкспертного чрезвычайно важным, оно служит дополнительной гарантией соблюдения законности при производстве экспертизы, ее объективности, полноты и всесторонности.

В случае удовлетворения ходатайства подэкспертного орган, назначающий СПЭ, производит соответствующую запись в своем постановлении (определении), изменяет или дополняет его.

<sup>1</sup> Российская газета. 2001. 5 июня

3. Вопрос о том, кому поручить производство СПЭ по тому или иному делу, является прерогативой лица, производящего дознание, следователя, прокурора, суда. Ни государственные психиатрические учреждения и их сотрудники, ни профессиональные сообщества (ассоциации) и их члены, ни эксперты-психиатры, назначенные по делу, не наделены правом оспаривать (обжаловать) состав экспертной комиссии, в которую они входят, и тем более вносить в него «коррективы». Руководитель государственного судебно-экспертного учреждения вправе ходатайствовать перед органом или лицом, назначившим судебную экспертизу, лишь о включении в состав экспертной комиссии лиц, не работающих в данном учреждении, если их специальные знания необходимы для дачи заключения (п. 2 ч. 1 ст. 15 Федерального закона от 31 мая 2001 г.).

Действия руководства экспертного учреждения или эксперта, приведшие к нарушению прав подэкспертного в связи с недопущением к проведению экспертизы негосударственных экспертов, указанных в определении или постановлении (впрочем, как и бездействие, выражающееся в неизвещении этих экспертов о дне заседания экспертной комиссии), могут быть обжалованы в суд как неправомерные со ссылкой на ч. 3 ст. 6 Федерального закона.

Неисполнение вступившего в силу судебного акта, а равно воспрепятствование его исполнению влечет предусмотренную законом ответственность, вплоть до уголовной, если указанные действия будут квалифицированы как злостные (см. ст. 315 УК РФ).

4. Лицо, назначаемое экспертом, должно обладать необходимыми познаниями для дачи заключения.

Применительно к экспертам государственных судебно-экспертных учреждений Федеральный закон от 31 мая 2001 г. указывает, что эту должность может занимать гражданин РФ, имеющий высшее профессиональное образование и прошедший последующую подготовку по конкретной экспертной специальности в порядке, установленном нормативными правовыми актами соответствующих федеральных органов исполнительной власти (ч. 1 ст. 13). Такое лицо должно проходить аттестацию на право самостоятельного производства судебной экспертизы. Определение уровня профессиональной подготовки экспертов и их аттестация осуществляется экспертно-квалификационными комиссиями.

Необходимыми в данном случае являются познания из области медицинской науки — психиатрии. Лицом, обладающим для проведения СПЭ необходимыми профессиональными знаниями, навыками и умением может быть только врач-психиатр. Это лицо, имеющее высшее медицинское образование и специализацию в области психиатрии, которая проводится через интернатуру, ординатуру, аспирантуру. Сертификат по специальности «психиатрия», подтвержда-

ющий сдачу специалистом квалификационного экзамена, действителен в течение 5 лет.

Сертификации психиатров-экспертов в настоящее время не предусматривается. Отсутствуют государственные образовательные стандарты к подготовке специалистов в области судебно-психиатрической экспертизы, требования к минимуму содержания и уровню их подготовки. В законодательстве не содержится четких квалификационных характеристик таких специалистов.

В Номенклатуре (классификаторе) специальностей специалистов с высшим медицинским и фармацевтическим образованием в учреждениях здравоохранения Российской Федерации, утвержденной приказом Минздрава России от 27 августа 1999 г. № 337, в качестве основных специальностей указываются «психиатрия» (040115) и «психиатрия-наркология» (040116). В качестве специальностей, требующих углубленной подготовки, значатся лишь «психотерапия» (040115.01) и «сексология» (040115.02, 040127.02). Таким образом, правового закрепления существования такой особой специальности, как «судебная психиатрия» мы не находим.

Перечень соответствия врачебных и провизорских специальностей должностям специалистов, утвержденный тем же приказом, под № 67 предусматривает врачебную должность «врач-судебно-психиатрический эксперт». При этом в качестве врачебной специальности этого лица указывается лишь «психиатрия». Следует также иметь в виду, что должность врач-эксперт — это не более, чем должность. Действительно экспертом он становится лишь после вынесения постановления (определения) о назначении СПЭ и принятия персонального поручения о ее проведении от руководителя экспертного учреждения.

Высшие учебные заведения, имеющие факультет повышения постдипломного образования, в частности ММА им. И. М. Сеченова, по окончании занятий по соответствующему циклу, например, «Клинические и правовые вопросы социальной и судебной психиатрии» и др. выдают врачам-психиатрам документ, именуемый «Свидетельство о прохождении повышения квалификации». Такой документ не может быть, разумеется, приравнен к статусу сертификата и не дает законных оснований считать отныне врача-психиатра врачом-судебно-психиатрическим экспертом.

Кстати, среди членов НПА России, объединяющей лиц с высшим медицинским образованием и специализацией по психиатрии, есть специалисты, имеющие свидетельства о прохождении повышения квалификации с курсом судебной психиатрии на кафедре социальной и судебной психиатрии им. И. М. Сеченова.

В отношении негосударственных судебных экспертов Федеральный закон от 31 мая 2001 г. никаких особых требований не выдвигает. На судебно-экспертную деятельность указанных лиц распространяется действие общих статей Закона о задачах и принципах

государственной судебно-экспертной деятельности, о соблюдении прав и свобод человека и гражданина при ее осуществлении, о независимости эксперта, объективности, всесторонности и полноте исследований, об обязанностях и правах<sup>2</sup> экспертов, их отводе, о заключении эксперта или комиссии экспертов и его содержании.

Окончательно же вопрос о наличии у врача-психиатра, не являющегося сотрудником судебно-экспертного учреждения, необходимых познаний, достаточных для производства конкретного вида СПЭ, решается каждый раз индивидуально органом (лицом), назначающим экспертизу.

5. Осуществление судебно-экспертной деятельности НПА России лицензирования не предполагает.

В соответствии со ст. 17 Федерального закона "О лицензировании отдельных видов деятельности" от 25 сентября 1998 г. с последующими изменениями и дополнениями, экспертная деятельность как таковая не входит в перечень видов деятельности, на осуществление которой требуется лицензия. Лицензированию должна подлежать, в частности, медицинская деятельность, к которой судебно-психиатрическая экспертиза относится лишь частично.

Характерно, что судебно-психиатрическая экспертиза отсутствует, в частности, в Перечне лицензируемых видов, методов и работ медицинской деятельности в г. Москве, согласованном с Минздравом России и введенном в действие распоряжением председателя Комитета здравоохранения Правительства Москвы от 23 апреля 1999 г. № 165-р. В п. 1.13. "Экспертная медицинская деятельность" значится "Экспертиза психиатрическая" (1.13.3.). Термин "судебная" указан лишь применительно к экспертизе судебно-медицинской (1.13.8.). Что именно подразумевается под психиатрической экс-

пертизой не ясно. Военно-врачебная и другие виды экспертиз, в которых участвуют и психиатры, выделены отдельно<sup>3</sup>.

Основы законодательства РФ об охране здоровья граждан (ст. 15) предусматривают порядок и условия выдачи лицензий для осуществления своей деятельности предприятиям, учреждениям и организациям *государственной, муниципальной и частной систем здравоохранения*. НПА России — общероссийское *общественное объединение*. Она является научно-практической, профессиональной, правозащитной, благотворительной организацией. Ассоциация осуществляет деятельность в соответствии со своим Уставом, зарегистрированным Минюстом России 25 июня 1998 г.

Таким образом, правомерность назначения компетентными органами в качестве экспертов по конкретным делам (или при их участии в комиссии экспертного учреждения) представителей НПА России не вызывает сомнений. Ассоциация имеет опыт в проведении СПЭ как по гражданским, так и по уголовным делам.

Что касается повседневной деятельности Ассоциации, в первую очередь, ее общественной приемной и экспертной комиссии, то эта форма деятельности может быть квалифицирована как правозащитная в области психиатрии. Лицензии на нее не требуется. Специалисты НПА ведут консультативный прием граждан по всем вопросам, связанным с нарушением прав человека при оказании психиатрической помощи, бесплатно. В необходимых случаях, в первую очередь, когда нарушение прав граждан связано с действиями психиатров, экспертная комиссия НПА (три психиатра, медицинский психолог и юрист) проводит комиссионное освидетельствование и выдает свое заключение обследуемому для дальнейшей защиты им своих прав и законных интересов.

<sup>2</sup> Автоматический перенос некоторых прав и обязанностей государственных судебных экспертов на негосударственных вызывает недоумение, так как лишен смысла. Это относится к п. 1 ч. 1 ст. 16, п. 1 и 2 ч. 3 ст. 16, п. 1 ч. 1 ст. 17 Закона. Предусматривается, например, что негосударственный эксперт, также как и государственный, не вправе осуществлять судебно-экспертную деятельность в качестве негосударственного эксперта; не вправе принимать поручения о производстве судебной экспертизы непосредственно от каких-либо органов или лиц, за исключением руководителя государственного судебно-экспертного учреждения. Для негосударственных экспертов такие запреты нелогичны и противоречат процессуальному законодательству.

<sup>3</sup> Понятийный аппарат данного документа оставляет желать лучшего. В законодательстве не существует такого указанного в Перечне вида экспертизы, как "экспертиза трудоспособности" (1.13.1.). Есть понятие "экспертиза временной нетрудоспособности" (см. ст. 49 Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан). Кроме того по непонятной причине в Перечне не обозначена "медико-социальная экспертиза", существующая с 1995 г. Эти и другие огрехи могут привести к разнобою в правоприменительной практике.

## Клиническое расхождение общих и судебных психиатров (шизофрения — признаки шизоистероидной психопатии с установочным поведением — шизофрения)

Н. В. Семенова (г. Кострома)

### АКТ

стационарной судебно-психиатрической экспертизы на испытуемого С., 1975 г.р.

#### ОБСТОЯТЕЛЬСТВА ДЕЛА:

02.09.95 года С. был задержан, у него было изъято наркотическое средство “метадон”. Со слов испытуемого, из материалов уголовного дела и медицинских документов известно следующее. Родился в семье рабочих, 1-м ребенком. Рос и развивался нормально. Со слов, брат матери страдает хроническим алкоголизмом. Психически больных родственников не было. В детском возрасте перенес инфекционный гепатит без осложнений, “простудные” заболевания. Посещал дошкольные учреждения. Согласно мед. сведениям, был трудным в воспитании, уединялся, кусал детей. В школу пошел с 7 лет. До 8-го класса учился хорошо, а потом успеваемость снизилась, так как увлекся рисованием, посещал художественную школу. По характеру всегда был замкнутым, необщительным, “любил одиночество”. С 7 класса увлекся сочинительством, “писал стихи и прозу”, всегда отличался “мечтательностью”, склонностью к фантазированию. Предпочитал рисовать “на космическую тему”. Закончил 8 классов, учился 2 года в лицее по специальности “резчик по дереву”, но нерегулярно посещал занятия и был отчислен. С 15-ти летнего возраста эпизодически употреблял алкогольные напитки; запои, похмелье отрицает. С 17-ти лет несколько раз пробовал курить анашу. В 1993 году прошел медицинскую комиссию РВК, жалоб на психическое состояние не предъявлял, был призван в армию. Прослужил полгода художником-оформителем. Согласно характеристике, отличался замкнутостью, неоднозначностью, неопрятным внешним видом. 13.03.94 года самовольно оставил часть, позже возвращен отцом через 10 дней. Был осмотрен психиатром и отправлен в психиатрическую больницу, так как предъявлял жалобы на психическое состояние. Согласно “Свидетельству о болезни № 127/94” находился в Клинической психиатрической больнице № 15 г. Москвы с 25.03.94 г. по 30.05.94 г. В психическом статусе при поступлении отмечено: “Сознание ясное. Ориентирован правильно. Речь витиеватая, вычурная, суждения нелепые по

содержанию. Сообщил, что слышит “голоса”, комментирующие его поступки и мысли, чувствует себя “мертвым среди толпы”, ощущает “разум из Вселенной”, который ему помогает. В некоторых окружающих видел инопланетян, “они вкладывали ему мысли в голову чувством и взглядом”. Также рассказал врачу, что якобы “с 13 лет стал размышлять о вечности жизни”, был рассеянным, несобранным, “тянуло к старым зданиям”, от которых получал “внутренний заряд жизни”. В голове слышал голоса, звуки, музыку, чувствовал второе перерождение, получал от взгляда детей поток энергии. Нашел способ самоочищения — начинал громко кричать... В отделении одинок, хмур, первое время постоянно лежал в постели, а в процессе лечения “исчезли голоса, настроение выровнялось, появилось сознание болезни”. При этом оставался “эмоционально поблекшим, монотонным”. 30.05.94 г. был осмотрен ВВК, признан негодным к военной службе на основании ст. 4 приказа МО СССР № 260. Диагноз: “Шизофрения шубообразная. Аффективно-бредовой приступ”. После выписки из больницы был возвращен домой, поставлен на учет в ПНД. Согласно записям в амбулаторной карте ПНД, посетил врача всего один раз /28.11.94/, жалоб не предъявлял, без психотической симптоматики. В январе 1995 года на приеме в ПНД отец испытуемого сообщил, что у сына “состояние удовлетворительное, работает, встречается с девушкой”. В марте 1995 г. на приеме мать испытуемого с просьбой дать справку, чтобы “отстал” участковый милиционер. Работал грузчиком, продавцом игрушек, мороженого, часто менял места работы. Имел сожительницу. В 1994 году привлекался к уголовной ответственности по ст. 218, в ходе следствия жалоб на психическое состояние не предъявлял. На учете в ПНД тогда не состоял, так как свидетельство о болезни поступило в ПНД позже — 20.10.94 г. Судебно-психиатрическая экспертиза не проводилась. Ходатайств не поступало, был осужден к 1 году условно, срок не отбыт /совершил новое правонарушение/. С 1994 года испытуе-

мый употреблял наркотические вещества — калипсол, отвар маковой соломки, метадон — эпизодически, всего несколько раз. Влечение к наркотическим веществам отрицает, психической и физической зависимости не было. “Ломок” не переносил. На учете у нарколога не состоял /л.д.50/. С октября 1994 года работал в строительной фирме в качестве строительного рабочего. Согласно производственной характеристике, исполнитель, пользовался уважением в коллективе, /л.д. не указан/. Бытовая характеристика не содержит компрометирующих сведений /л.д. не указан/. Обвиняется в том, что незаконно приобрел наркотическое средство метадон весом более 0,02 г, которое хранил при себе и перевозил до момента задержания сотрудниками милиции 02.09.95 около 15.10 /л.д.27/. Согласно показаниям сотрудников милиции П. /л.д. 16/ и И. /л.д. 17/, испытуемый был остановлен ими у гостиницы “Октябрьская” для проверки документов, при задержании обнаружен и изъят пакетик из фольги с веществом белого цвета. Будучи допрошенным, показал, что 02.09.95 г. ждал своего знакомого в гостинице и, не дождавшись, вышел на улицу. На улице его задержали сотрудники милиции, а подошедший человек, передав им пакетик из фольги, сказал, что тот принадлежит ему. Утверждал, что наркотики не покупал, и в руках у него ничего не было /л.д. 19 – 20/, а также показал, что “до армии пробовал курить анашу, а после армии наркотики не употреблял” /л.д.2/. Согласно показаниям отца испытуемого, С. употреблял наркотики /анашу/ еще до армии, однако “дома вел себя нормально” /л.д.21 – 22/. В ходе следствия была проведена амбулаторная судебно-психиатрическая экспертиза /акт №3801 от 24.11.95/, В психическом статусе отмечено, что “ориентирован правильно... В беседе демонстративен, претенциозен, с крайне завышенной самооценкой... В беседе пытается быть оригинальным. Анамнестические сведения сообщает в противоречии с изложенными в “Свидетельстве о болезни”... При вопросе о “голосах” “вспомнил”, что в армии слышал “голоса” и “сейчас периодически их слышит”. Впервые они появились за полгода до призыва в армию... При попытке уточнить особенности состояния перед госпитализацией давал формальные, малоинформативные ответы... Мышление последовательное, логичное, без структурных нарушений. Без бреда и обманов чувств. Интеллектуально-мнестических расстройств нет. Мнения экспертов в оценке психического состояния С. разошлись. По мнению врача-докладчика, С. психическим заболеванием не страдает, обнаруживает психопатические черты характера и склонность к употреблению наркотиков, наркоманией С. также не страдает. Ранее поставленный ВВК диагноз: “Шизофрения” является ошибочным, в силу установочного поведения испытуемого с целью добиться освобождения от военной службы. Согласно “особому мнению”, высказанному экспертами, С. нуждается в проведении стационарной СПЭ для уточнения диагностических и решения

экспертных вопросов. С. поступил в стационар СПЭ 03.01.96 года. При обследовании в настоящее время установлено следующее.

**Физическое состояние.** Испытуемый среднего роста, правильного телосложения, удовлетворительного питания. Кожа и видимые слизистые обычной окраски. В области правого локтевого сгиба, на нижних конечностях имеются очаги стрептодермии. Пульс ритмичный, хорошего наполнения, 75 уд. в мин. Артериальное давление 110/70 мм. рт. ст. Тоны сердца чистые, ясные. В легких везикулярное дыхание, живот мягкий, безболезненный при пальпации. Анализы крови, мочи, кала — без указаний на патологию. Реакция Вассермана в крови /на сифилис/ — отрицательная. Кровь на СПИД — отрицательная. Глазное дно: Без очаговой и сосудистой патологии. ЭЭГ: нарушения биоэлектрической активности с раздражением лобно-височных областей, снижением функционального состояния коры и дисфункции дизэнцефальных образований. ЭКГ: синусовая аритмия, ЧСС 75 уд. в мин., неполная блокада правой ножки пучка Гиса. Флюорография органов грудной клетки: видимых патологических образований не выявлено. На рентгенограмме черепа в 2-х проекциях: патологических образований не выявлено. **Заключение терапевта:** без выраженной патологии со стороны внутренних органов.

**Неврологическое состояние.** Зрачки округлой формы, равномерные, с живой реакцией на свет. Лицо симметричное. Язык по средней линии. Сухожильные рефлексы живые, равномерные. Патологические не вызываются. В позе Ромберга устойчив. **Заключение невропатолога:** Очаговой патологии со стороны ЦНС не выявлено.

**Экспериментально-психологическое обследование:** В клинико-психологической беседе испытуемый держится немного негативно, в высказываниях сквозит претенциозность, бравада. В ходе экспериментального обследования эти проявления немного сгладились, но выражение лица скептическое. Выполняет пробы без ориентации на успех, иногда дает нарочито неправильные ответы, сдерживая при этом улыбку. Оживляется при обсуждении своих перспектив, считает, что после суда освободят, так как “не дадут больше, чем уже отсидел”. Даже при скрытом нежелании выполнил пробы на память и внимание с результативностью, соответствующей норме. Мыслительные процессы функционируют на концептуальном уровне: свободно дает обобщающие понятия при классификации предметов, хотя в “Исключение 4-го” допускал сравнение по более низким, конкретно-функциональным признакам. Не привлекал слабых, латентных оснований и четко отдифференцировал несравнимые пары /проба Полякова/. Интерпретация пословиц с пониманием и хорошей формулировкой переносного значения. Когнитивные процессы на невербальном уровне также без нарушений. Ассоциативная продукция /“Пиктограммы”/

практически во всех случаях предметна, образы достаточно лаконичны, опосредование эмоционально насыщенных слов адекватное. При заполнении личностных методик проявил защитно-установочный характер своей деятельности: показал грубое, чрезмерное повышение итогового балла по “Шкале параноидной шизофрении”, что исключает интерпретацию по причине недоверности. Также нарочито неправильно начал заполнять и не довел до конца личностный опросник ПДО. При предоставлении ему повторной возможности заполнить бланк, продемонстрировал аналогичную позицию. Ответы по проективному Хэнд-тесту свидетельствуют о психической активности, богатом воображении, демонстративности мотивационных установок. Заключение психолога: attentionно-мнестические процессы в норме, без органического снижения. Мышление без структурных нарушений. Установочное, защитное отношение к обследованию.

**Психическое состояние.** В сознании. Ориентирован в обстановке, времени, собственной личности полностью. Цель экспертизы понимает правильно. В беседе демонстративен, держится с переоценкой собственной личности. В изложении сведений о себе уклончив, крайне претенциозен, лжив. Стремится выглядеть “необычным”, оригинальным, подчеркивает неординарность своих переживаний, увлечений (рисование, сочинительство). Заявляет, что “из другой системы”, “испытывает давление космоса” и т.п., но объяснить свои высказывания не может, надменно говорит: “это надо пережить”. О болезненных переживаниях во время службы в армии рассказать затрудняется; пытается “вспомнить” по ходу беседы, ориентируясь на вопросы врача, предъявляет надуманные, противоречивые галлюцинаторные переживания, якобы имевшие место в тот период: слышал “плач ребенка — он то смеялся, то плакал” в голове, “звук реактивного самолета” в ушах. Содержание галлюцинаций, предъявляемых во время прошлой госпитализации, воспроизвести не может. Предъявляет жалобы на периодически возникающие — “примерно на 1 – 2 часа, появляются раз в 1 – 2 месяца, последний раз были в декабре 1994 года” — “голоса” и “видения”. Надуманно, с употреблением красочных оборотов речи, рассказывает о “режущих голову звуках”, об “ужасных видениях”: “чертике, как на детском рисунке”, “древней старушке маленького роста с горящими глазами”, которых якобы видит. Рассказывает об этом с наигранной мимикой, однако сам с трудом сдерживает улыбку. На уточняющие вопросы ответить не может, путается, идет на поводу задаваемых вопросов. Противоречия в рассказе не пытается объяснить, демонстративно заявляет, что “вообще больше ничего не будет говорить: отправляйте куда хотите”. Настроение не снижено. Признаков депрессии нет. Эмоциональные реакции живые, адекватные. Несколько театрален в поведении. Без бреда и обманов чувств. *Не было их и в прошлом*<sup>1</sup>. Интеллект соответствует

полученному образованию и возрасту. Мышление в обычном темпе. Суждения последовательные, логичные. Нарушений мышления не выявлено. Память в норме. К правонарушению достаточно критичен. Сообщил, что купил по совету знакомого наркотик, но был сразу же задержан. Не отрицает, что несколько раз употреблял наркотические средства, якобы с целью приглушить “жгучий страх”, вызванный “видениями”, т.е. “с лечебной целью”. Ломок не переносил. Психическую и физическую зависимость отрицает. В поведении был спокойным, общительным, жалоб не предъявлял. Режим не нарушал.

**Заключение.** На основании изложенного комиссия приходит к заключению, что С. психическим заболеванием не страдает, обнаруживает признаки шизоистероидной психопатии с установочным поведением. Об этом свидетельствуют анамнестические сведения, полученные из материалов уголовного дела, медицинских документов, со слов испытуемого, а также результаты настоящего стационарного обследования. Испытуемый рос и развивался без задержек и отставаний в психическом развитии, обучался в массовой школе, на учете у психиатра не состоял, однако обнаруживал характерологические особенности: был замкнутым, испытывал трудности в общении со сверстниками, демонстративность поведения, склонность к фантазированию. Эпизодически с 17-летнего возраста принимал наркотические вещества. Медицинской комиссией РВК был признан годным к военной службе, жалоб на психическое состояние не предъявлял. Во время службы в армии с трудом переносил повышенные требования и нагрузки, стремился к уединению, был замкнутым, самовольно оставил часть. После возвращения в часть предъявлял грубую психотическую симптоматику в виде галлюцинаторных, деперсонализационных расстройств, был госпитализирован в психиатрическую больницу для обследования, где рассказал врачу, что с детских лет испытывал слуховые обманы и другие психические расстройства. Психическое состояние было расценено как аффективно-бредовой приступ шизофрении, начавшейся в детском возрасте. ВВК был признан негодным к военной службе. После возвращения домой к психиатрам самостоятельно не обращался, был поставлен на учет в ПНД, жалоб не предъявлял. Психотических расстройств у испытуемого не отмечалось. Оставался активным, деятельным. Работал на здоровом производстве. Будучи привлеченным к уголовной ответственности в 1994 году, жалоб на психическое состояние не предъявлял, ходатайств о проведении судебно-психиатрического обследования не заявлял. В период следствия по настоящему уголовному делу была проведена амбулаторная СПЭ, отметившая несоответствие рассказов испытуемого с медицинскими документами, его лживость, фантазирование, жаловался на наличие галлюцинаций, были отмечены

<sup>1</sup> Здесь и далее курсив автора.



демонстративность, претенциозность, завышенная самооценка, что было расценено как психопатические черты личности, однако учитывая ранее отмеченный в анамнезе диагноз: “Шизофрения”, решено направить испытуемого на стационарную судебно-психиатрическую экспертизу. При настоящем стационарном обследовании выявлены психопатические черты характера: демонстративность, театральность поведения, эгоцентризм, переоценка собственной личности в сочетании со склонностью к внутренней переработке своих переживаний и фантазированию. Каких-либо признаков психического заболевания (бреда, галлюцинаций, нарушений мышления, поведенческих и эмоционально-волевых расстройств) не выявлено. Предъявляемые испытуемым жалобы на наличие слуховых и зрительных галлюцинаций надуманы, противоречивы, *не подтверждаются клиническими наблюдениями и не укладываются в картину какого-либо известного психического заболевания*, являются проявлением установочного поведения в условиях эмоционально значимой (судебной) ситуации. Ранее установленный диагноз: “Шизофрения” следует считать ошибочным. В период инкриминируемых ему деяний С. по своему психическому состоянию мог отдавать себе отчет в своих действиях и руководить ими. В настоящее время С. также может отдавать себе отчет в своих действиях и руководить ими. Убедительных клинических данных за наличие у испытуемого наркомании не выявлено. В применении принудительных мер медицинского характера, в том числе в соответствии со ст. 62 УК РФ, он не нуждается.

Больной С., 1975 г.р. (24 года). Поступил в психиатрическую больницу 26.11.99 г.

**Дополнение к анамнезу и катамнез со слов родителей:** Дядя по матери страдал алкоголизмом, лечился в ПБ. Больной с детства отличался не очень общительным характером. Учился неплохо и особых хлопот родителям не доставлял. Рано начал рисовать, удивлял родителей и сверстников рисунками танков и самолетов, “рисовал с азартом”, в возрасте 13 лет за год изрисовал 8 тетрадей по 96 листов. Придумывал новые модели самолетов и машин, дома клеил модели самолетов из пластмассы и развешивал их под потолком (всего 84 экземпляра).

Изменения в поведении сына родители стали замечать после армии. Не мог определиться, чем он хотел бы заниматься, не смог самостоятельно найти работу. Отец устроил его на стройку. Первое время больной с работой справлялся, затем стал манкировать своими обязанностями, был небрежен и необязателен. В 1995 г. со стройки уволился, несколько месяцев жил вне дома, уклонялся от встреч и бесед с родителями. Сообщал, что подрабатывает в торговле, живет у знакомой.

После освобождения С. в 1996 г. снова определился с помощью отца на стройку. Был разнорабочим, но “не прижился”. Все свободное время отдавал рисова-

нию. Родители считали, что у сына “талант”, решили дать ему возможность его реализовать. В 1997 г. уволился с работы, жил на иждивении родителей, имел отдельную комнату, в которой рисовал, часто по ночам. Общался с посторонними людьми мало, редко выходил из дома. Доверительные отношения были с сестрой, любил ей рассказывать сюжеты своих картин. Последний месяц сделался необщительным, запирался в своей комнате, смеялся, разговаривал без собеседника. С родными был то зол и раздражителен, то спокоен и ласков. Мог накричать на сестру, чего раньше не отмечалось. Родители пытались как-то поговорить с ним, увещевать, а поняв, что это не имеет результата, вызвали врача из ПНД.

Осмотрен врачом ПНД и направлен в больницу с указаниями на ухудшение состояния в течении месяца. Замкнулся, то зол и раздражителен, то спокоен и ласков. Разговаривает без собеседника, смеется, лекарства не принимает. При осмотре: зол, напряжен, близок к агрессии. Внезапно успокаивается, сообщает о “голосах”. Подозрителен.

**Психическое состояние в приемном покое.** Ориентирован верно. В сознании. Без критики сообщает о своих особых способностях, возможности “получать информацию через искусство”. Много говорит, но понять больного трудно. Обманы восприятия отрицает, себя больным не считает, от госпитализации отказывается. Оформлена недобровольная госпитализация по ст. 29-А Закона о психиатрической помощи.

**Психическое состояние в отделении.** При осмотре дежурным врачом в отделении число назвал неточно — “29 ноября” (на самом деле 27 ноября). Неадекватно посмеивается. О причине госпитализации сообщил: “Ворвались люди, забрали, привезли сюда”. Несколько раз говорит о желании уйти домой. Внезапно встал: “Надо в туалет”. Рассказал о том, что в детстве (в начальной школе) были “видения”: “человек в черном плаще приходил несколько раз ночью”, больной испытывал “ужас”, “едва сдерживал крик”. Этот человек давно не посещает, “теперь сам могу посетить его с помощью сканирования, фантазии”. На вопрос об обманах восприятия ответил малопонятно: “Слушаю музыку, потом на эту музыку накладывается то, что думаешь, все это переплетается, это абсолютно научная точка зрения”. О своих способностях “получать информацию через чувства” пояснил: “Когда мне смешно, я думаю о человеке, и ему тоже может быть смешно. Если это правда, то и он знает, что это правда”. На многие вопросы дает противоречивые ответы. По сути, остался малодоступным. На мгновение взгляд становится злобным, в следующий момент целует врачу руки. Дежурным врачом назначены инъекции 2 мл 0,5 %-го раствора галоперидола с 2 мл 2,5 %-го раствора аминазина, после которых ночь спал спокойно, без пробуждений. По наблюдению медперсонала, отказывался от больничной пищи, ел только то, что приносили родители. На вопросы отве-

чал неохотно, односложно, высказывал недовольство госпитализацией, требовал немедленной выписки.

На следующий день во время беседы с лечащим врачом рассказал о себе, что он учился 2 года в художественно-реставрационном училище, имеет специальность плотника. В армии отслужил 8 месяцев, затем попал в психиатрическую больницу. Считает, что у него была “белая горячка”. Как описывает сам больной, в состоянии алкогольного опьянения “увидел” “нереальную прозрачную Бабу-Ягу”, мог “видеть сквозь нее”. Она предлагала “забрать с собой”. Испытывал “жуткий ужас”, обратился в медпункт, откуда был направлен к психиатрам. Лечился в психиатрической больнице более месяца, после чего из армии был комиссован. Устроился на стройку, был разнорабочим около двух лет. Затем решил “заняться искусством”: бросил работу, “построил мольберт”, рисовал карандашом картины, писал стихи и прозу. После комиссования из армии был поставлен на учет в ПНД, был там всего 2 – 3 раза, принимал “какие-то таблетки”. Рассказал, что в 1996 г. (21 год) было “неустойчивое настроение” - то веселое, то грустное, легко раздражался, мог накричать на домашних. К концу 1997 и в 1998 г. (22 года) оно стало подавленным. Не хотелось ни с кем общаться, ощущал себя “тягостно вплоть до физической боли”. Мысли “отсутствовали” либо “текли медленно”. Одна и та же мысль “сама по себе” могла “трещать” в голове часами. В это время испытывал ощущение воздействия, полагал, что оно осуществлялось “хорошими людьми”. В первой беседе ничего о своих судебных ситуациях не рассказал. Последовательного разговора не получилось, на некоторые вопросы не отвечал, замолкал либо давал противоречивые, малопонятные ответы. Временами производил впечатление “зачарованного”. Говорил то односложно, то длинными, малопонятными фразами. Замолкал, смотрел как будто мимо собеседника, озирался. Жаловался на слабость, вялость, выглядел сонливым, зевал, закрывал глаза. Довольно противоречиво описывал ощущение воздействия, произносил фразы типа “они меня любят...”, “они хорошо ко мне относятся...”, но на вопросы, кто такие “они” — настораживался, замолкал или вообще отрицал свои высказывания. Сказал, что чувствует себя “открытым”. Люди могут читать его мысли, а он — читать мысли окружающих. Так, “прочитал”, как будто врач думает, что “любит его”. Внезапно сказал, что он “устал”, отказался от дальнейшей беседы, Позволил провести соматический и неврологический осмотр. В конце осмотра заявил о своем желании выписаться, так как он “абсолютно здоров”, и лечить его не от чего.

Продолжал получать вышеуказанные инъекции нейролептиков два раза в сутки. Первые 2 – 3 дня провёл в постели, читал молитвенник, много спал днем. Стал принимать больничную пищу. Свой отказ от нее объяснял тем, что еда “невкусная”, и что ему хватает передач, приносимых родителями. Пассивно подчинялся режиму, уклонялся от общения с окружающими

ми больными. Говорил, что его ничего не беспокоит. Очень скуп и уклончиво отвечал на вопросы, ссылался на сонливость. На четвертый день удалось побеседовать в палате. Отвечал на вопросы без негативизма, выглядел спокойным, доброжелательным. Извинялся, “если что наговорил не так”. Рассказал, что дома произошел “контакт с инопланетянами и мертвецами”, чувствует по сей день связь с ними. “Интуитивно получает информацию”, в частности о том, что у него “две жены”, одну из которых он “не знает”. Перед поступлением в больницу получил информацию об изнасиловании этой второй жены, пытался “мысленно отыскать ее по следам изнасилования”. Сказал, что “сейчас уже пошел на поправку”. Однако, критика к болезненному состоянию отсутствовала.

Переведен на пероральный прием нейролептиков: галоперидол — 5 мг 3 раза в сутки, трифтазин — 5 мг утром и днем, аминазин 100 мг на ночь, циклодол — 2 мг 3 раза в сутки. В отделении держался обособленно, ходил по коридору, не обращая внимания на окружающих и устремив взгляд в пол. Выражение лица было сосредоточенным. При обращении поднимал взгляд, отвечал на вопросы. Речь витиеватая, высказывания зачастую противоречивы. На вопросы, о чем больной думает, отвечал, что либо “ни о чем”, либо говорил малопонятно. Критики к своему поведению дома и высказываниям нет.

Через 2 недели был осмотрен с участием старшего ординатора больницы. При осмотре отвечает на вопросы достаточно пространно, замысловато объясняет свои необычные ощущения, причем перемежает ощущения из прошлого, когда он принимал наркотики, с ощущениями настоящего времени. Нисколько не беспокоится, что живет на иждивении родителей, не реализует свои произведения, которые считает смыслом деятельности: “Над этим не задумывался”. Психически больным себя не считает, равно как и не желает избавляться от своих ощущений: “Это кайф”. Временами смеется не к месту.

Продолжал получать вышеуказанную нейролептическую терапию еще в течение недели. В это время поведение в отделении носило упорядоченный характер, подчинялся режиму. Охотно вступал в беседу, по-прежнему ответы носили малопонятный и витиеватый характер. К концу третьей недели пребывания в стационаре сообщил, что “чувствует себя лучше”, так как “более четко стал воспринимать реальность, она стала *умировоззрительной*”. При этом “другую” реальность он “никогда не забывает и никогда от нее не откажется”.

В течение четвертой недели стал выглядеть подавленным, жаловался, что ему “давит голову” от галоперидола, неоднократно повторял, что соскучился по дому. Свое состояние при поступлении называл “безумством”, а сейчас “одумался”. Доза галоперидола была снижена до 3 мг три раза в сутки. Отмечал облегчение неприятных ощущений, как будто стал немного живее. Через месяц был представлен на клини-

ческом разборе, во время которого он хотя и говорил о ряде имеющихся у него расстройств, но о некоторых, например, о чувстве “овладения”, не сказал ничего, даже отрицал этот симптом. Во время беседы сказал, что обстановка иногда раньше казалась ему уже знакомой, и это что-то означало. Описал состояние, когда в прошлом, в наркотическом опьянении, “сознание облетало луну, а тело оставалось на земле”. Он “понимал, что шел по Невскому и очнулся на Дворцовой площади”. В процессе беседы то односложно отвечал на вопросы, замолкал, рассматривал обстановку в кабинете, то начинал описывать свое состояние многословными витиеватыми фразами. Было решено увеличить дозу галоперидола до 5 мг три раза в сутки. Поведение оставалось упорядоченным, держался обособленно. С больными общался мало, но охотно беседовал с врачами, психологом. Говорил, что его самочувствие “хорошее”, “фантазии утихли”. К окружающей обстановке был довольно безразличен, движения без живости, мимика довольно однообразная. Через несколько дней после увеличения дозы лекарств стал постепенно более замкнутым, напряженным. Взгляд пристальный, в беседах повторял один и тот же вопрос, когда его выпишут. Просил назначить “точную дату”, тогда ему “будет легче” ждать выписки. Ходил понурый, тяготился обстановкой, плохо спал. В одной из бесед признался, что последние дни испытывает ощущение “мысленного воздействия”. В голове “то пусто”, то крутится одна и та же мысль — “хочу домой”. Ощущает, что его чувства “сбиты”, что разъяснил как “отсутствие чувств”. Говорит, что он “придавлен”. На уточняющие вопросы повторял, что ему трудно объяснить свои ощущения, но он чувствует, что ему нужна врачебная помощь. В то же время настаивал на выписке, считал, что “дома все будет хорошо”. Галоперидол и аминазин были отменены, назначен амитриптилин, сначала 25 мг утром и днем и 50 мг на ночь, затем доза увеличена до 50 мг три раза в сутки, азалефтин 100 мг на ночь, трифтазин увеличен до 10 мг 3 раза в сутки.

На этом фоне достаточно быстро состояние улучшилось: стал менее беспокоен и напряжен, нормализовался сон, сообщил, что “компрессия потусторонних сил отпустила”. В отношении предшествующего ухудшения говорил, что испытывал “навязчивые мысли”, в частности, “о доме”, вследствие чего и просил о выписке. Сейчас “настроен на лечение”, полагает, что “врачи действительно помогли”. Сказал, что “не хотел бы еще раз пережить такое”. В это же время стал доступнее, доверительнее в беседах. Рассказал, что в детстве по характеру он был не очень общительным, не сразу сходился со сверстниками, обычно имел одного друга. В школу пошел с 7 лет, до 3 класса учился хорошо, старался, нравилось получать хорошие оценки, учеба давалась легко. В 3 классе появилась новая учительница, которая “не нравилась”, рассказывала “неинтересно”. Снизил успеваемость, получал “тройки”. Увлекался рисованием, 3 года

посещал художественную школу. В 13 лет подружился с ровесником, с которым вместе стали прогуливать уроки. Гуляли по рынкам, отбирали у сверстников деньги. Однажды украл у родителей 10 рублей. С этим приятелем мечтали о путешествиях, ездили в аэропорт смотреть на самолеты, фотографировали их. Дважды были задержаны сотрудниками милиции, которые отбирали и засвечивали пленку. В 7 классе получил в четверти 4 двойки, из-за чего расстроенный отец поломал все модели самолетов. Это сильно обидело больного. Закончил 8 классов, поступил в художественно-реставрационный лицей, однако через 1,5 года был отчислен за прогулы. В это же время размышлял о “смысле жизни”, “конце вселенной”, “что будет после смерти”. С 13 лет начал эпизодически выпивать в компаниях подростков. В 1994 г. (18 лет) привлекался к уголовной ответственности по ст. 218: был осужден к 1 году условно (в состоянии алкогольного опьянения с другими подростками залез на крышу гостиницы, взял у одного из приятелей нож, намеревался драться). Призывался в армию в 1994 г. Служил художником-оформителем. Часто выпивал. Через 8 месяцев был госпитализирован в психиатрическую больницу, где лечился около месяца. Из армии был комиссован. Больной знает, что ему установлен диагноз “Шизофрения”. Он уверен, что диагноз не соответствует действительности, так как тогда он “косил армию”, и у него была “белая горячка”. После возвращения домой устроился на стройку, около 2 лет был разнорабочим. По несколько раз в месяц выпивал, употреблял различные наркотические средства (каннабиоиды, эфедрон, метадон, калипсол), но стойкого пристрастия к какому-либо из них не испытывал. В 20-летнем возрасте некоторое время жил с женщиной на 10 лет старше его, вместе торговали спиртом, выпивали, но довольно быстро расстались по обоюдному согласию (больному “надоело пьянствовать”, а ей — что он не зарабатывает денег). В 1995 г. (20 лет) вновь привлекался к уголовной ответственности в связи с незаконным приобретением наркотического средства (метадон), проходил сначала АСПЭк, затем СПЭк. Решением суда был оправдан и освобожден из зала суда. После освобождения какое-то время продолжал работать на стройке, затем решил “заняться искусством”. Работу бросил, смастерил себе мольберт, рисовал, писал стихи и прозу. С лета 1999 г. появились необычные “фантазии”, которые напоминали прежние переживания в состоянии наркотического опьянения. Испытывал чувство внутреннего напряжения, тревогу, страх. Обстоятельства последних дней перед поступлением в больницу “плохо помнит”.

К концу второго месяца лечения отмечено улучшение состояния больного. Появилось сознание болезни, которое, однако, касалось только последнего приступа, а в прошлом он считал себя здоровым. В последующем настроение улучшилось, вел себя в отделении упорядоченно, общался с молодыми больными

ми. Охотно беседовал, обнаруживая необычность и витиеватость суждений и формулировок. Свои прежние психические расстройства называл “фантазиями” и сообщал, что они “утихли”. В одной из бесед рассказал, что в 13-летнем возрасте при засыпании впервые было “видение”. Видел, “как тень”, появившегося “черного монаха”. Испытал “сильнейший ужас”. “Монах” постепенно растворился, а сам больной в ужасе выбежал на улицу и долго бежал “куда глаза глядят”. Похожее расстройство было в 16 лет. Также при засыпании увидел “старую бабку”, вокруг которой “созерцательным зрением” видел “пляску чертей”. “Бабка” предложила “забрать с собой”. Вновь испытал сильнейший ужас, “сковало все члены”. После того, как “бабка” исчезла, опять выбежал на улицу и долго бежал. Последний раз “черный монах” явился в 20-летнем возрасте, опять в просоночном состоянии. На этот раз “ужас” был не такой сильный, больной никуда не бегал. В другой беседе рассказал о своих “экспериментах” с наркотиками. С 18 лет “пробовал” опиаты, испытывал отчетливый “кайф” (“чувствовал удобно себя в себе”). Экспериментировал с различными веществами (каннабиоидами, опиатами, эфедром), однако стойкого влечения к ним не испытывал, “ломок” не было. В этом же возрасте попробовал кетамин, понял, что тот ему “больше подходит”, так как нравилось вызываемое им “путешествие сознания”, мог найти для себя ответы на многие глобальные вопросы (о смысле жизни, месте земли во вселенной и пр.). Сказал, что в течение последних 2 лет никаких наркотиков не употреблял. С охотой рассказывал о своем творчестве, попросил родителей принести несколько его рисунков, дарил их врачам и некоторым больным, показал тетрадку стихов, написанных в подростковом возрасте. Одно из стихотворений, написанное, по его словам, в 13-летнем возрасте, записал на листе бумаги и подарил врачу “на память” (орфография и пунктуация больного сохранены):

*ржавый берег идущий мимо  
кривые деревья  
противный запах  
пьяные рожки  
прибитый парень  
стрижка не ровно  
пустые побеги  
гнилые приколы  
завядающий цветок  
красивым узором  
поток информации идущий из веры  
кожа на теле уже засохла  
рожденный поэтом умрет на сцене  
иду я по жизни все бесполезно  
одна лишь вера, вера под смыслом  
опять все кривое и безобразно  
но линия духа затронута чемто  
живу без охоты, охоты на время  
душа лишь под ядом а  
мысли все те же*

В последнее время перед выпиской охотно беседовал с врачом. Рассказывал, как у него рождаются живописные образы: “Моя рука только проводник”, “я никогда не знаю, что получится”, “просто беру лист бумаги и воспринимаю информацию, исходящую свыше, ее и отображаю”. Подчеркивал, что лечение избавляет его от тягостных ощущений, был настроен на лечение и прием поддерживающей терапии после выписки. Дозировки препаратов постепенно были снижены (амитриптилин 25 мг утром и днем, 50 мг на ночь, трифтазин 5 мг утром и днем, азалептин 50 мг на ночь, циклодол 2 мг 3 раза в день). Выглядел эмоционально тусклым, монотонным, аутичным. Часто проявлялось несоответствие мимических реакций высказываниям, однообразно улыбался. Намеревался после выписки продолжать рисовать, пытаться этим зарабатывать на жизнь.

**Экспериментально-психологическое обследование** от 18.01.2000: Обследуемый выглядит несколько скованным, напряженным, проявляет тревогу по поводу результатов тестирования. Фон настроения сниженный. Темп выполнения заданий неравномерный. Самооценка неадекватная, отмечается нарушение критичности. Обследуемый характеризует свою память как “нормальную”, но в методике “Пиктограммы” многие слова воспроизводятся неверно. Мышление обследуемого неравномерного темпа, уровень обобщения и отвлечения неустойчив. Страдает способность дифференцировать существенные признаки предметов и явлений от несущественных. Так, например, в методике “Сравнение понятий” во многих случаях актуализируются латентные признаки в процессе обобщения. Наиболее важным сходством между “ботинком” и “карандашом” считается следующее: “Ботинком можно нарисовать на полу, а карандашом — на бумаге...” Между понятиями “ось” и “оса” находится существенное сходство: “Оса летает по оси”. В методике “Исключение 4-го” в нерешаемом примере исключается шуба и объединяются книга, роза и яблоко под названием “Подарки”. В следующем задании исключаются клещи и обобщаются карандаш, лопата и электрическая лампочка как “Искусство”. Объяснение дается такое: “При включенном свете легче рисовать...” При логическом опосредовании вербальных стимулов обнаруживается потеря содержательных связей между предлагаемыми понятиями и создаваемым образом. Например, к словам “тяжелая работа” обследуемый рисует ботинок, объясняя: “Как под каблуком находишься...” Образы эмоционально неадекватные, стереотипные (в большинстве случаев изображены отдельные головы людей, похожие на колобки). В методике “Сложные аналогии” отмечается нарушение логики мышления. Например, обследуемый считает, что между понятиями “испуг — бегство” существует такая же логическая связь, как между понятиями “малина — ягода”, объясняя: “Испугался и естественно убежал, а малина —

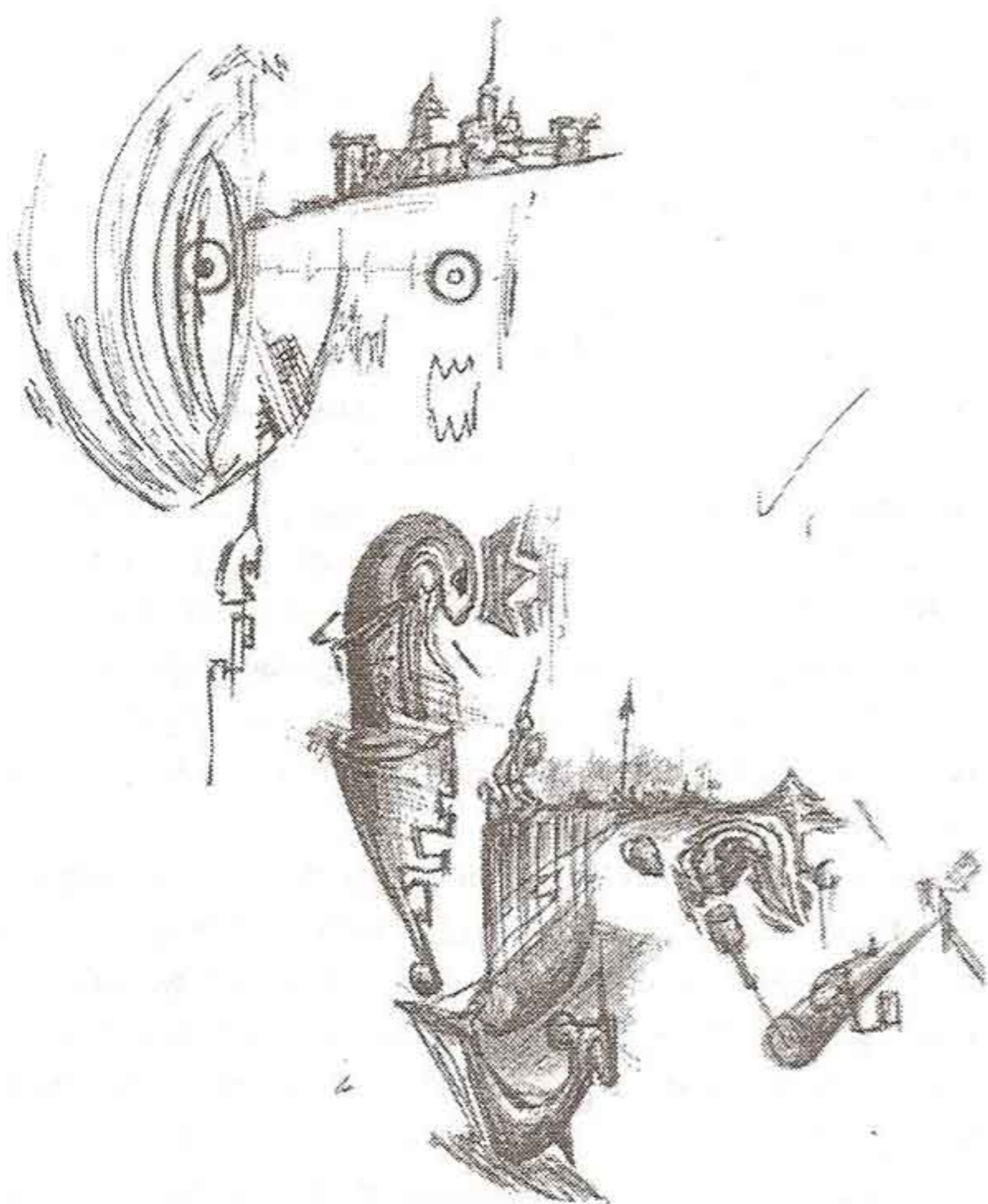


Рис. 1

это ягода, что тоже естественно...” Данные проективных рисуночных тестов свидетельствуют об эмоционально-волевом снижении. **Заключение:** В мышлении обследуемого обнаружены структурные нарушения в виде искажения процесса обобщения, потери целенаправленности.

Соматическое состояние удовлетворительное. Терапевт: без острых патологических изменений со стороны внутренних органов. Окулист: передний отрезок и глазное дно без патологии. Невропатолог: очаговой неврологической симптоматики не выявлено. ФЛГ органов грудной клетки без патологии. ЭКГ: регулярный синусовый ритм, неполная блокада правой ножки пучка Гиса, признаки гипертрофии левого желудочка. ЭЭГ: нарушения биоэлектрической активности с акцентом патологических изменений в лобно-центральных областях и снижением функционального состояния коры. Лабораторные анализы крови и мочи без патологии. Реакция Вассермана, мазки из зева и носа на дифтерийную палочку, анализ кала на дизгруппу отрицательные.

Выписан 15.02.2000 под наблюдение ПНД с рекомендацией приема поддерживающей терапии: амитриптилин 25 мг 3 раза в день, трифтазин 5 мг утром и днем, азалептин 50 мг на ночь.

**Катамнез через 1 месяц:** Пришел в больницу побеседовать с врачом. Одет броско: брюки и куртка разных оттенков зеленого цвета, красновато-кирпичный, в мелкий горошек, шелковый шейный платок и большой берет, тоже зеленого цвета, сдвинутый на

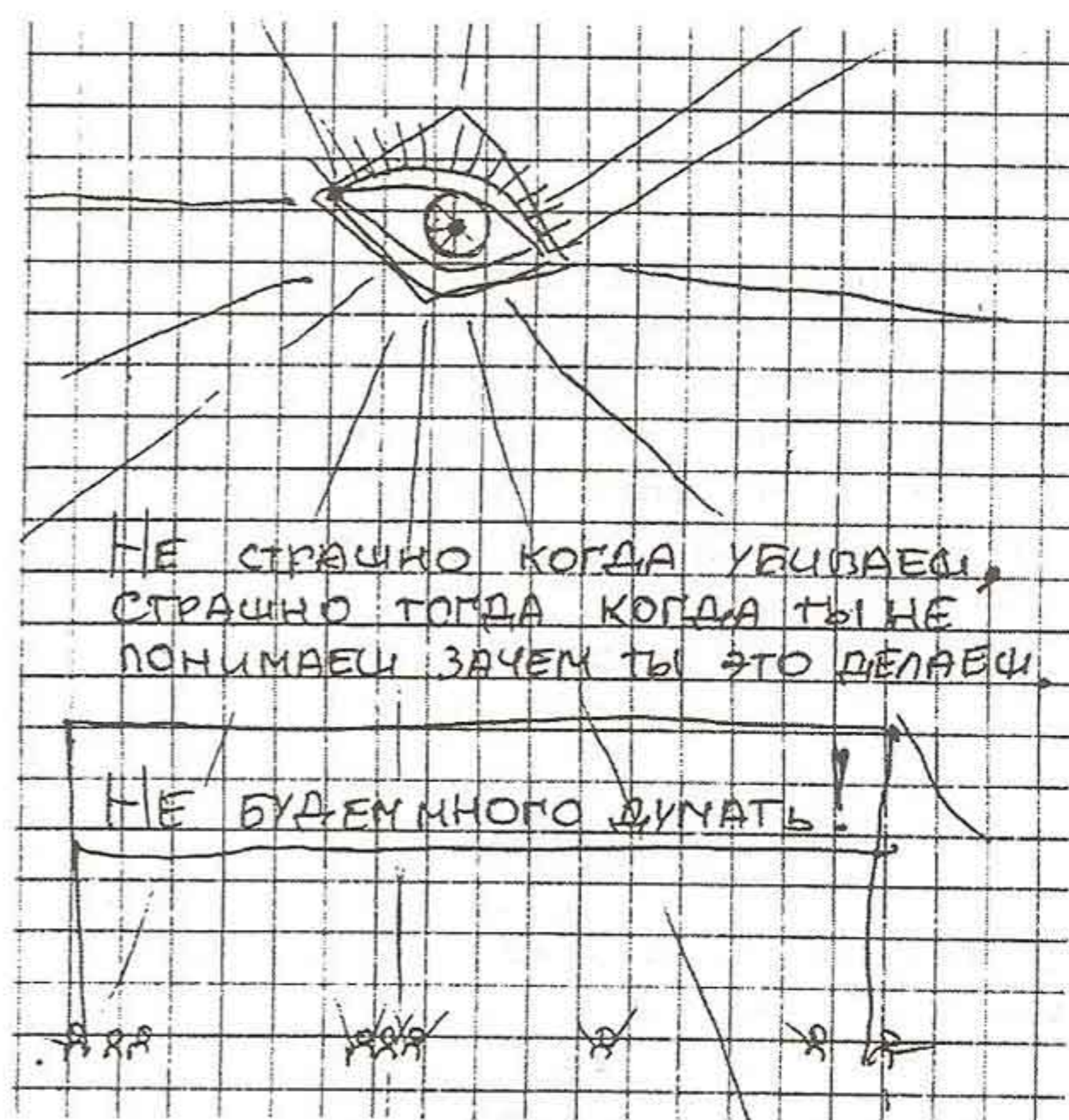


Рис. 2

одно ухо. Принес две толстые тетради, сказал, что это его “дневники со стихами”, написанные в возрасте 15 – 16 и 18 – 20 лет. В первой тетради аккуратным почерком, практически без грамматических ошибок, написано много “белых” стихов, есть и записи прозаического характера, зачастую сопровождающиеся рисунками (рис. 1, 2).

### Осень.

Осень.  
Осень подхватила листок.  
Передала ветру. Ветер частица жизни.  
Ветер унес мои годы.  
Ветер почувствовал волю.  
Осень. Вспоминаю детство.  
Осень в душе. Знаю старость.  
Осень в работе души, в школе мысли.  
Осень.  
Чем глубже познаю я  
Лето, тем больше я чувствую зиму.

Осень.

\* \* \*

Встала душа.  
Туман проснулся.  
Старый дуб улыбнулся.  
Листок упал на берег ручейка.  
Цветок распустился.  
Бред  
Туман окутал деревья  
Старый дуб нагнулся  
Листок взглядом унесли  
Цветок опал

Я пошел.  
И  
Я остановился.  
Развернулся.

Во второй тетради преимущественно записи одной-двух фраз на отдельных листах, иногда тоже с рисунками, и обилие грамматических и пунктуационных ошибок. Все записи сделаны заглавными буквами, крупно. На первой странице запись: "Здесь я смогу в себе изменить то, что я не смогу в себе *"зделать"*<sup>2</sup> никогда".

Записи такого содержания:

\* \* \*

Каждый мой рисунок есть опыт определенного переживания. Во славу Господу.

\* \* \*

Наступают моменты, когда все начинает звучать своими голосами.

\* \* \*

Вера есть вспышка на долю секунды озаряющая путь создающий видимость невидимого бесконечного.

\* \* \*

Наркотик тебе открывает дверь.

Тыходишь в нее.

И начинает пугаться в той грязи с которой ты вошел в эту дверь.

Следуя здравому расудку ты добровольно выходишь, закрываешь дверь, возвращаясь обратно для того чтобы очистится и влететь в эту дверь пулей на крыльях радости

Проносья мимо всех прискорбей господних.

Наркотик есть коготь демона, слегка передергивающий струну на арфе божественного сознания.

Арфа — музыка вечного блаженства, чистоты звуков вселенной.

\* \* \*

Когда мы рассматривает что либо мы автоматически заключаем в рамки, хотим мы этого или нет.

\* \* \*

Повержен будишь лиш тогда, когда изойдет поверие.

## РАЗБОР

Характерологические особенности больного определялись, в первую очередь, замкнутостью, мечтательностью, отчетливым фантазированием, надменностью и высокомерием. Последние две черты характера могли проявиться лишь в определенных условиях, например, во время беседы С. с экспертами. Перечисленные черты характера свойственны шизоидным личностям.

<sup>2</sup> Здесь и далее орфография и пунктуация больного сохранены.

Явные признаки болезни возникли в пубертатном периоде (13 лет). В это время психопатологические расстройства проявлялись различными симптомами. Наиболее выраженными были сверхценные увлечения: рисование, конструирование моделей самолетов, сочинение прозы и стихов. Общей особенностью перечисленных увлечений являлась охваченность ими больного: 8 общих тетрадей с рисунками, 84 созданные модели самолетов, рисование "с азартом". Обращает на себя внимание абстрактное содержание рисунков. Косвенно перечисленные увлечения могут свидетельствовать о наличии повышенного настроения.

В этот же период отмечались навязчивые мысли отвлеченного содержания — явления "умственной жвачки": размышления о вечности жизни, конце вселенной и т.д.

Среди других симптомов существовали психопатоподобные расстройства (эпизодическое употребление алкоголя, различных наркотиков без возникновения пристрастия к употребляемым токсикоманическим средствам, мелкое воровство и хулиганские поступки).

Таким образом, перечисленные симптомы пубертатного периода определялись полиморфизмом с доминированием сверхценных увлечений.

На фоне этих симптомов эпизодически — в 13, 16, 20 лет, а может быть и несколько чаще, возникали остро, в период засыпания (гипнагогические состояния), скорее всего, элементарные истинные галлюцинации — "тень черного монаха", "старая бабка". Их появление сопровождалось двигательной заторможенностью при отсутствии полного помрачения сознания, а в двух первых случаях и паническим бегством с аффективным сужением сознания. Говорить об аффективном сужении сознания правомерно потому, что в моменты появления галлюцинаций С. испытывал аффект "сильнейшего ужаса". Последующие каталектоподобные состояния сопровождались, скорее, менее выраженным аффективным компонентом.

Наряду с перечисленными расстройствами у С. неоднократно возникали слуховые обманы в форме психических галлюцинаций Байярже или псевдогаллюцинаций Кандинского ("звуки, музыка, голоса"). Они не сопровождались заметной аффективной реакцией, свойственной истинным слуховым галлюцинациям. Таким образом, в пубертатном периоде возникли еще и рудименты идеаторного автоматизма.

Первый манифестный психоз возник в 19 лет в эмоционально травмирующей или сложной для С. обстановке (служба в армии). Психозу предшествовало развитие депрессивного состояния. Отмеченная в характеристике того периода неряшливость С. могла быть связана с депрессивным настроением, либо с эмоциональным снижением, либо с тем и другим одновременно.

Психическое состояние С. в период первого психоза определялось, главным образом, сенсорными расстройствами: отмечались вербальные галлюцина-

ции комментирующего содержания, сочетавшиеся с отдельными психическими галлюцинациями с экстрапроекцией “разум из Вселенной”, симптомом насильственного мышления (вкладывание мыслей), т.е. проявления неразвернутого синдрома идеаторного психического автоматизма. Высказывания С. типа “мертвый среди толпы” могут быть расценены как деперсонализация, а узнавание в отдельных окружающих больных инопланетян — как иллюзорный вариант симптома ложных узнаваний. Аффективные расстройства в форме депрессии отступали на второй план. Бредовые идеи были рудиментарны.

В акте стационарной СПЭ приведены сведения из истории болезни психиатрической больницы № 15. В них отмечены отчетливые эмоциональные изменения, а также витиеватая речь С.

Психическое состояние С. в период первого стационарирования можно квалифицировать как галлюцино-аффективный приступ. В наступающей ремиссии были выявлены отчетливые изменения личности. В ремиссии до и после стационарной СПЭ выявилась нарастающая социальная дезадаптация больного. Вместе с тем обнаружилась выраженная страсть к рисованию — “часто рисовал по ночам”. Последняя фраза позволяет говорить о наличии у больного повышенного настроения (21 год). О правомерности такого утверждения свидетельствует тот факт, что примерно с этого же времени у больного существовало “неустойчивое настроение, то веселое, то грустное”. В пониженном настроении отчетливо проявлялся дисфорический компонент. В 21 – 22 года (в конце 1997 и в 1998 году) у С. возникла депрессия с предсердечной тоской: ощущал себя тягостно, вплоть до “физической боли”.

Таким образом, в ремиссии, наряду со снижением социальной адаптации, отчетливо выявилась биполярная циркулярность, имеющая тенденцию к утяжелению, в первую очередь, депрессивных расстройств.

Второму психозу предшествовала депрессия. Ее особенность заключалась в том, что ее сопровождали выраженные расстройства мышления — мысли текли медленно либо отсутствовали, одна и та же мысль “сама по себе могла трещать в голове часами” — депрессивный моноидеизм. Расстройства мышления возникали на фоне отдельных идеаторных психических автоматизмов — ощущения внешнего воздействия, которое осуществлялось “хорошими людьми”, т.е. имели место элементы бреда воздействия. В последующем сенсорный компонент усложнился — появились психические галлюцинации или псевдогаллюцинации. Подавленное настроение начало перемежаться раздражительностью и даже злобой, а временами, возможно, отмечалось повышенное настроение — разговаривая вслух, С. мог смеяться.

Психическое состояние при последнем стационарировании было изменчиво. Первоначально преоблада-

ли идеаторные и, в меньшей степени, сенсорные психические автоматизмы: симптом открытости, передача и чтение мыслей на расстоянии (психические галлюцинации Байярже), ощущение сделанности чувств. К ним вскоре начала присоединяться бедная аффективным компонентом растерянность: С. во время беседы замолкал, отвечал малопонятно, выглядел то “зачарованным”, то озирался (гиперметаморфоз). Бредовой компонент был незначительным. Употребление слова “они” — свидетельство отсутствия системы, а редкое упоминание этого слова говорит о малой интенсивности бредовых идей. Вместе с тем о наличии бреда свидетельствовали настороженность, малая доступность С., отрицание им тех бредовых высказываний, о которых он сообщал ранее. Возможно, существовал галлюцино-аффективный бред эротического содержания — у него две жены, одна из которых была изнасилована. Перечисленные симптомы сопровождались бедным по интенсивности аффектом, в котором часто присутствовала раздражительность, а то и непродолжительная злоба.

Колебания интенсивности психических расстройств потребовали повышения доз нейролептических средств. На фоне их применения у С. возникла нейролептическая депрессия, сгладившаяся после изменения лечения, присоединения amitriptилина. К этому времени наметилось постепенное улучшение состояния С. Появились сознание болезни и частичная критика к перенесенному только что психозу. К первому психозу критики не было. Высказывания С. о том, что у него была “белая горячка”, и что он симулировал (“косил армию”), весьма характерны. По мнению В. М. Морозова, подобные высказывания, относящиеся к прежним интенсивным психическим расстройствам, свидетельствуют о наличии “расщепления “Я””.

Характерологические особенности больного, содержание приступов и особенности межприступной ремиссии укладываются в картину самого распространенного психического заболевания, которое обозначается термином “шизофрения”.

**Диагноз:** приступообразно-прогредиентная шизофрения с преобладанием в приступах сенсорных расстройств.

Не исключено, что С. перенес не 2, а 3 приступа душевной болезни. Возможно, первый, развившийся “на амбулаторном уровне” приступ возник в дошкольном периоде. В пользу такого предположения могут свидетельствовать нарушения поведения С. в этом возрасте: у С. отмечались трудности в поведении и злоба (кусал детей). Если высказанное предположение верно, то можно согласиться с врачами больницы № 15 в том, что С. заболел в детстве. Это был неразвернутый приступ, т.к. в первые годы учебы в школе расстройств поведения не отмечалось.

## О состязательности экспертных заключений в гражданском процессе

В. Г. Батаев, Л. Н. Виноградова, В. Н. Прокудин, Ю. С. Савенко,  
Н. В. Спиридонова, В. Н. Цыганова (НПА России)

Прежде всего, хотелось бы выразить благодарность организаторам 13-х Кербиковских чтений за приглашение выступить с докладом. Вслед за 13-м съездом психиатров России полгода назад — это очередной крупный шаг на пути взаимодействия государственной и негосударственной отечественной психиатрии. И сразу четверть гостей-докладчиков — члены НПА России.

Первым актом НПА при ее учреждении в марте 1989 года было создание независимой психиатрической экспертизы, идея которой состояла в административной, идеологической и финансовой независимости от государственных структур. Наша экспертная комиссия начала исследовать конфликтные случаи и выдавать заключения. Таким образом, впервые за многие десятилетия начал осуществляться регулярный систематический контроль за правомерностью диагнозов. Оказалось, что в течение первых двух лет своей работы комиссия изменила на существенно более легкие, либо даже сняла вовсе до 40 % психиатрических диагнозов. Перед лицом этой практики Всесоюзное общество психиатров организовало в ноябре 1989 г. свою Этическую комиссию под председательством проф. В. П. Белова с теми же функциями, что наша независимая экспертиза. В этот период огромную роль для нашей экспертизы сыграло разрешение главного психиатра Москвы Владимира Алексеевича Тихоненко предоставлять нашей комиссии медицинскую документацию. Без этого основательность наших заключений была бы невысокой. По нескольким наиболее громким делам, например, по делу шахтера Шакина из Донецка, собирались совместные заседания Этической комиссии Всесоюзного общества и независимой экспертизы нашей Ассоциации. Заключения по этим делам оказались единодушными. Более того, когда в июне 1991 г. Этическая комиссия из-за отсутствия финансирования прекратила свою деятельность, и ее ученый секретарь А. Г. Выгон подвел итоги ее работы, оказалось, что процент снимаемых или радикально меняемых ею диагнозов такой же, как у нас (37,5 %). Это убедительно продемонстрировало мобилизующую силу состязательности. И это стало первым примером состязательности.

Высокий профессиональный уровень работы нашей комиссии был удостоверен тем, что только ее заключения целиком и в отношении всех представленных ею четырех случаев были подтверждены инспекционной комиссией Всемирной психиатрической ассоциации в июне 1991 года (НПЖ, 1992, I-II, 50 – 73).

Принцип состязательности судопроизводства зафиксирован в Конституции России и закреплен в новой редакции ряда статей Гражданского процессуального кодекса РСФСР, в частности, в ст. 14 ГПК. Каждая сто-

рона, участвующая в судебном процессе, должна доказать те обстоятельства, на которые она ссылается, обосновывая свои требования или возражения. В качестве доказательств может быть представлено заключение специалистов, причем как то, которое подготовлено по результатам судебно-психиатрической экспертизы по определению суда, так и данное вне рамок судебного разбирательства. Кроме того, врач-психиатр может выступать в суде в качестве эксперта и в качестве свидетеля. Эти новые возможности побуждают граждан активнее искать новые источники доказательств обоснованности своих требований или возражений и самостоятельно привлекать для этого специалистов, которые могут подтвердить такую обоснованность. Заключения экспертной комиссии НПА России рассматриваются судами как полноправный источник доказательств, в частности по делам о защите прав и законных интересов граждан.

Называя свою комиссию экспертной, мы исходим из широкого определения понятия экспертиза: “исследование какого-либо вопроса, требующее специальных знаний с представлением мотивированного заключения”. Если первоначально независимая экспертиза мыслилась нами как, по возможности максимально независимая в административном, идеологическом и финансовом отношении, то вскоре мы убедились, в неменьшей значимости научной ориентации членов комиссии, в необходимости сбалансированности представителей различных ориентаций. Выяснилось, что самым простым и эффективным способом надежного манипулирования результатами экспертных заключений является направление подэкспертного на комиссию, составленную из специалистов, расширительно ставящих диагноз шизофрении, либо, наоборот, узко.

Наконец, мы убедились, что при всей важности разносторонней независимости, этот принцип непродуктивно делать основным, центральным. Это уводит в непродуктивную сторону бесконечного выяснения “более независимых”, “более высоко оплачиваемых”, в войну компроматов.

Наиболее продуктивным нам представляется принцип состязательности экспертов, специалистов, либо экспертных заключений разных сторон в суде. Убедительность аргументации, внятная для непрофессионалов, — вот что является на наш взгляд наиболее предпочтительной моделью.

Мы располагаем уже значительным опытом различных форм такой состязательности. Ю. Н. Аргунова выступала на эту тему на симпозиуме нашей Ассоциации на конгрессе ВПА в Мадриде в 1996 году (НПЖ, 1996, 4, 36 – 37). Наиболее простой формой является рецен-



зирование представленных экспертных заключений. Мы имеем многие десятки примеров, когда суды соглашались с нашей критикой и назначали новые экспертные комиссии, часто с участием наших членов. Так, например, в результате нашей критики решения СПЭК, проведенной в камере предварительного заключения по делу 18 летнего юноши, который с игрушечным пистолетом пытался ограбить банк, суд назначил новую экспертизу в Центре им. Сербского с участием экспертов НПА России. Комиссия приняла единодушное решение о невменяемости подсудимого и, в результате суд освободил его от наказания (1998 г.). Психически больному наркоману экспертная комиссия ПБ им. Алексеева рекомендовала принудительное лечение в стационаре общего типа. Экспертная комиссия НПА выступила с обоснованием амбулаторного принудительного лечения. Суд назначил экспертизу в Центре им. Сербского с участием НПА, которая подтвердила обоснованность рекомендаций НПА. Одновременное выступление экспертов разных сторон в суде резко снижает возможность недобросовестности экспертов. В недавнем судебном заседании “эксперт-психолог академик доктор психологических наук Гульдман” пытался ввести суд в заблуждение утверждая, что запоминание 10 слов и тест Роршаха одинаковы по своим диагностическим возможностям, отражая только актуальное состояние испытуемого. Однако представителю НПА удалось разъяснить суду несопоставимость возможностей этих методов и обеспечить объективное рассмотрение вопроса (2001 г.).

В разнообразных конкретных случаях оправданными могут оказаться различные формы независимой экспертизы. Но наиболее адекватной, в качестве универсальной, является состязательная экспертиза в судебном процессе в зале суда. Это особенно важно, учитывая резкое падение уровня экспертных заключений, который мы наблюдаем сейчас по всей стране. Уже несколько лет назад мы забили тревогу по этому поводу на страницах Независимого психиатрического журнала и начали публикацию обширных экспертных материалов. Кстати, такие публикации также могут быть представлены в суд в качестве источника доказательств. Подборка публикаций по делу Платона Обухова (НПЖ, 1999, 4, 73 – 86), критика акта СПЭК ЦМОК ПБ по делу психически здоровой молодой женщины, которой эксперты фактически отказали в праве воспитывать ребенка (НПЖ, 2000, 2, 37 – 49), и многие другие материалы, опубликованные в нашем журнале, использовались сторонами в судебном процессе для отстаивания своих позиций. Несмотря на большие трудности и препятствия, судебная реформа в стране идет, и суды изменили свое отношение к новым формам доказательств и к возможности проведения судебно-психиатрической экспертизы негосударственными учреждениями. Вот уже несколько лет, как суды по ходатайству одной из сторон поручают нашей Ассоциации проведение судебно-психиатрических экспертиз, и есть случаи, когда суд отказался положить в основу своего решения акт СПЭК Центра им. Сербского на том основании, что не было выполнено определение о включении в состав ко-

миссии эксперта НПА России. Недоверие к заключению экспертов, высказанное адвокатом подэкспертного суд счел вполне обоснованным и назначил новую экспертизу (2000 г.).

Мы проводим свои экспертизы бесплатно, а правозащитный характер нашей комиссии вызывает у подэкспертных и их родственников большее доверие. В начале 2001 г. мы проводили судебно-психиатрическую экспертизу по определению суда г. Курган по поводу обоснованности недобровольного стационарирования и лечения члена общественной организации “Экология жилища”, увлеченной идеей психотронного воздействия. Надо сказать, что за поручение экспертизы нашей Ассоциации высказались обе стороны — как сама подэкспертная, так и врачи Курганской больницы. В 1999 году в результате многочисленных шумных протестов против удержания в Сычевской спецбольнице строгого наблюдения общественного деятеля С. представители НПА приняли участие в комиссии по пересвидетельствованию и установили более серьезный диагноз. Ажиотаж, индуцируемый женой больного, прекратился.

Ни для кого не секрет, что государственные психиатрические экспертные учреждения не пользуются доверием значительной части населения. Поэтому подэкспертные часто обращаются в суды с ходатайствами о включении представителей нашей Ассоциации в судебно-психиатрические комиссии государственных экспертных учреждений, полагая, что таким образом будут соблюдены их права, и комиссия примет объективное решение.

На фоне всего этого диссонансом выглядит, вопреки давно сложившейся продуктивной практике, невыполнение Центром им. Сербского на протяжении последнего года постановлений судов о включении членов НПА России в экспертные комиссии Центра, — решение, очевидным образом подрывающее доверие.

Наиболее очевидным образом доверие к государственной психиатрии подрывается делами в отношении религиозных организаций. Экспертные заключения по ним, как и различные методические и “аналитические” материалы написаны явно по заказу, что предопределяет их уязвимость в доказательном плане. На протяжении последних двух лет на крупных процессах в Магадане, Вятке, Костроме эксперты-психиатры, ознакомившись с нашими рецензиями, согласились с ними, и сами дезавуировали свои первоначальные заключения. Наши доводы по делу “Свидетелей Иеговы” в Москве, и неделю назад в Челябинске по делу антинаркоманической молодежной организации КАРП оказались для судов более убедительными. Публикация этих материалов в журнале делает их прозрачными и, тем самым, содействует повышению уровня экспертных заключений.

Состязательность — это естественный и неизбежный механизм продуктивного развития нашего предмета. Поэтому не только профессиональный идеал, но и профессиональный долг — любить сильного и острого оппонента.

## Экспансия идеологии на психическое здоровье

Ю. С. Савенко

Процессы, происходящие в современном мире, не очень отличаются от эпохи варварства, дикости и религиозных войн. Вот *несколько строк заурядной современной хроники*.

Мусульманские фундаменталисты на нескольких индонезийских островах под угрозой смерти насильственно обратили в ислам более 1000 христиан, мужчин подвергали обрезанию, вместо дезинфекции загоняя в море.

Китайские власти в провинции Фучжань жестоким обращением, лишением пищи и сна, угрозами изнасилования заставили отречься от католической веры монахинь катакомбной церкви.

В России родители детей, вступивших в новые религиозные движения, нередко выступают также как власти: “пусть лучше это были бы наркотики!” или “пусть лучше их взяли бы в Чечню!”. Между тем, родители детей, поступивших в православные монастыри, не могут добиться от властей сведений, где их дети (Орел) (“Религия и право”, 2001, 1, 44 – 46).

Этот **откровенно тенденциозный идеологический настрой, “партийность в советском духе”** давно циркулирует в СМИ, особенно местного уровня. Например, “Южноуральская панорама” пишет (29.01.01): “За последние 10 лет в стране появилось множество религиозных культов. Только в 1999 году в России побывало 1270 иностранных миссионеров... Они последовательно и методично **посвящают россиян в веры, несущие иные, отличные от традиционных российских, моральные принципы, иное мировоззрение, иную культуру...**”. Главный специалист информационно-аналитического управления администрации Челябинской области выступает неотличимо от секретаря обкома партии по идеологии, как враг открытого общества (см. Карл Поппер “Открытое общество и его враги”). Он и ссылается на то, что “о Муне еще с советских времен существует огромное количество критических публикаций”. Это звучит комично, так как задачей Муна той эпохи было донести несовместимость гуманизма и советского общества. Он не заботится ни о достоверности, ни об ответственности, утверждая, что религиозная организация “Семья” занимается привлечением несовершеннолетних девушек, чтобы отправить их на панель. Или: “хотя Николай Константинович Рерих по матери рус-

ский, ... его теософия... к России никакого отношения не имеет, это западное учение”<sup>1</sup> Перед нами политтехнолог, манипулятор, который и другим приписывает собственную технологию, и это типовой контекст описываемых событий.

За последние два года НПА России приняла непосредственное участие в серии судебных процессов по искам прокуратур о ликвидации различных религиозных организаций в Магадане, Вятке, Санкт-Петербурге, Костроме, Москве. Во всех этих случаях в качестве основного обвинения фигурировал грубый вред психическому здоровью, наносимый особыми религиозными обрядами и ритуалами, вводящими людей в гипнотическое состояние сознания. И во всех этих случаях, вопреки силовому давлению местных прокуратур, отделов юстиции, региональных и муниципальных администраций и нередко местных СМИ, удалось доказать неосновательность попыток опереться на заключение экспертов-психиатров. Даже в тех случаях, где таковые имелись, в ходе дачи показаний на судебных заседаниях психиатры дезавуировали свои первоначальные свидетельства и отстаивали свою профессиональную автономию.

Завершившийся 17 апреля 2001 года **судебный процесс в Челябинске** характеризовался тремя существенными особенностями: судебный иск был предъявлен не религиозной организации, а общественной молодежной студенческой ассоциации “КАРП”, — организации по борьбе с наркоманией, алкоголизмом, курением и СПИДом, инициирован-

<sup>1</sup> Широко известно, что “Живая Этика” Н. К. и Е. И. Рерихов — плод русской и индийской культуры, что Пакт Рериха (об охране памятников культуры во время военных действий) лег в основу документов ООН. Современная кампания по дискредитации Н. К. Рериха началась с 1994 года, когда Русская Православная Церковь (РПЦ) произвольно отождествила культурно-просветительское движение Рерихов с религией. Тогда нашлись, как всегда, исследователи, которые объявили Н. К. Рериха агентом НКВД, масоном, сатанистом. Так дьякон А. Кураев написал целую книгу “Сатанизм для интеллигенции”. До решения РПЦ в 1993 году представители Внешней разведки РФ торжественно передали Международному центру Рерихов завещание и письма Н. К. Рериха и даже доносы на него (“Вопросы философии”, 2001, 3, 85 – 102).

ной Церковью Объединения.<sup>2</sup> Ассоциации вменялось уже не использование гипноза, а “влияние на бессознательном уровне в ходе лекций”. Наконец, заключение, данное экспертами-психиатрами, представляло “заочное освидетельствование” (!). Таким образом, по всем трем направлениям отмечался качественный сдвиг в сторону снижения профессиональной требовательности к себе, как психиатров, так и юристов. Те и другие посчитали возможным основываться в данных ими профессиональных заключениях на своей гражданской позиции, своей идеологии, далеко выходя за пределы своей профессиональной компетенции.

Еще одной особенностью Челябинского процесса было ведущее участие в созданной заранее почве и атмосфере его проведения Уполномоченного по правам человека администрации Челябинской области Е. В. Гориной, которая прославилась полгода назад разгоном с нарядом милиции собрания глухонемых иеговистов, так как в регистрации этой религиозной организации в Челябинской области было отказано.

Начало процессу положило письмо отца Г. Д. “Моя несовершеннолетняя дочь Галина училась в педучилище, когда вступила в... КАРП... Галя покинула общежитие, переехала на квартиру, где поселился руководитель этой организации и еще 8 других ее членов... Она напоминает притон... поскольку я сам являюсь юристом, имею большой опыт оперативной

работы, считаю, что это тоталитарная секта, которая занимается диверсионной деятельностью...” Рядом под характерным заголовком “Я — зомби!” — публикация письма молодого человека, общавшегося с Г. Д. в психиатрической больнице, из которого очевидна его собственная психическая несостоятельность. “Мне одному прочитали вводную лекцию. Без особых на то причин у меня неожиданно заболела голова... Я инстинктивно почувствовал, что пора защититься, уйти. Но уходить не хотелось, напротив, я испытывал большое желание остаться. Вспоминая сейчас все это, я понимаю, что в той ситуации практически не имел контроля над собой, что был в состоянии “зомби” (“Челябинский рабочий”, 13.07.00). Вызванный в качестве свидетеля, он в частности сказал: “Я почувствовал, как на меня воздействуют на подсознательном уровне”.

Письмо отца о своей “несовершеннолетней” дочери, попавшей в сети тоталитарной секты, ввело в заблуждение губернатора, и он передал дело в прокуратуру, которая назначила комплексную психолого-психиатрическую судебную экспертизу. Однако, поскольку Г. Д. сразу после выписки из психиатрической больницы уехала от родителей, психиатры-эксперты создали уникальный документ, рецензию на который мы здесь помещаем.

## РЕЦЕНЗИЯ

на “Заочное освидетельствование” Г. Д., 1980 г.рожд., проведенное в Челябинской областной клинической психоневрологической больнице № 1 В. Е. Лютиковой, А. В. Гусевым и А. В. Косаревым 12 октября 2000 г.

Представленное заключение написано без соблюдения обязательной формы такого документа, не содержит ряда обязательных пунктов во всех разделах, а регламентированная последовательность разделов перепутана. Отсутствует основная мотивировочная часть. Между тем, отнесение экспертного заключения к категории доказательств по уголовным и гражданским делам обуславливает требования, которые предъявляются к этому документу процессуальным законом (ст. 191 УПК и ст. 77 ГПК). Для судебно-психиатрических экспертных заключений обязательна “пятизвенная” структура. (См. методическое руководство “Судебно-психиатрическая экспертиза”, написанное юристом ГНЦ социальной и судебной психиатрии им. Сербского С. Н. Шишковым (М., 1996, стр. 8 – 9)).

В условиях отсутствия подэкспертной, выполненные предписания провести комплексную психоло-

го-психиатрическую экспертизу и дать ответ на все пять вопросов, предъявленных прокуратурой экспертам, являются совершенно некорректными. Однако эксперты ответили только три из них. Они взялись отвечать на вопрос “болела ли Г. Д. каким-либо психическим заболеванием в настоящее время?” (выделено нами — Ю. С.). Понятно, что, располагая теми данными, которые были в распоряжении экспертов (история болезни, показания родителей и знакомых и т.п.), можно ответить только на вопрос “болела ли Г. Д. каким-либо психическим заболеванием в прошлом?”. Что касается вопроса “определяется какое-либо воздействие со стороны членов организации “КАРП” на психику Г. Д., если да, то имеются ли какие-либо последствия, негативно отразившиеся на состоянии психического (соматического) здоровья Г. Д. от деятельности членов указанной организации?”, то необходимых данных для ответа на него у экспертов не было, а вместо аргументации они ограничиваются простой декларацией. Между тем, ими не доказана не только прямая причинно-следственная

<sup>2</sup> В местной печати используется уничижительная калька: Церковь Унификации

связь, но даже корреляционная связь. Из приблизительного совпадения во времени изменений поведения и психического состояния с посещениями молодежной студенческой ассоциации “КАРП” причинная связь никак не следует. Азбучно, что “после этого — не значит из-за этого”. Но даже об этом в данном случае достоверно говорить нельзя: не менее вероятно, что именно в силу начавшихся болезненных изменений психики, Г. Д. приобщилась к деятельности организации “КАРП” в поисках средства самоподдержки.

Вместо аналитической реконструкции, аргументировано сводящей воедино разноречивые данные, заключение ограничивается простым и бессистемным цитированием разных показаний, без указания, чьи они, и без всякого последующего их обсуждения. В результате, даже центральная для самих экспертов деталь возникает трижды на трех разных страницах, всякий раз противореча предыдущим. На 1-ой странице читаем: “С 1998 г. стала посещать секту “Муна”, а с 1999 г. изменилось поведение”, на 2-ой странице: “около года назад стала посещать религиозную секту “Муно”, на 3-ей странице: “в 1999 г. была вовлечена в деятельность указанной организации”. Противоречиво описывается и поведение испытуемой в отношении суицидальных мыслей. Так на стр. 2 читаем: “суицидальные мысли отрицает”, а 12-ю строками ниже — “перестала высказывать суицидальные мысли”.

Также разбросано по всем трем страницам приводятся данные об исходном характере подэкспертной. С ее собственных слов — “с детства была мнительной, впечатлительной, общительной”, со слов матери — “всегда очень послушная, педантичная, скрупулезная, общительная..., услужливая”, со слов преподавателя колледжа — “общительная, жизнерадостная, приветливая... говорушка, любила общественные дела... была активисткой”. С 4-ого курса училища заметно изменилась: “стала молчаливой... стала сторониться однокурсников, перестала посещать общественные мероприятия... стала небрежно одеваться, могла ходить непричесанная... стала неопрятной, замкнутой, вспыльчивой”. Из приведенных данных следует, что акцентуация характера подэкспертной квалифицирована неверно: речь идет не об эпилептоидных, а об ананкастных чертах. Ананкаст — это тревожный сверхдобросовестный и совестливый педант, склонный к лабильности и мнительности, тогда как эпилептоид — тяжеловесный, тягучий, медлительный, слащавый, застревающий на деталях, взрывной. В изменениях психического состояния видны не истерические черты, а субдепрессивные. Неопрятность в одежде и прическе и замкнутость не имеют ничего общего с истерическим кругом, также как отстаивание независимости от родителей в юности и бурные отповеди за чтение личных записей. Характер депрессивных нарушений не является невротическим, он, судя по представленным описаниям, явно глубже.

Диагноз “ситуационной истеро-депрессивной реакции” отражает только конфликт с родителями, в силу соответствующей ситуационной фабулы в содержаниях переживаний. Но даже если бы удалось доказать наличие всех составляющих триады Ясперса для психогенных (ситуационных) реакций, причинная связь касалась бы лишь конфликта с родителями. Утверждение о прямой причинно-следственной связи психического расстройства с посещениями организации “КАРП” совершенно бездоказательно.

В заключении отсутствует связный анализ ситуации. Отец подэкспертной — юрист, бывший оперативный работник — называет свою 20-летнюю дочь “несовершеннолетней”. Такая неточность заставляет “индексировать” и другие его показания. Однако эксперты идут на поводу его показаний, утверждая в заключении, что организация “КАРП” является религиозной и многое другое.

Подводя итог, следует подчеркнуть, что представленное заключение, как в формальном, так и в содержательном отношении не отвечает научным и правовым требованиям, предъявляемым к судебнопсихиатрическим экспертным заключениям. Не отвечает оно и постановлению о проведении комплексной психолого-психиатрической экспертизы. Нонсенсом звучит уже первая фраза: “Мы, нижеподписавшиеся, заочно освидетельствовали в Челябинской областной клинической психоневрологической больнице Г. Д....”. Заочной может быть экспертиза, но не освидетельствование. В этих условиях на все пять вопросов прокурора корректный ответ дать невозможно. Правомерно лишь квалифицировать характер психических расстройств на момент пребывания в больнице. Они не дают никаких оснований для утверждений о том, что посещения молодежной организации “КАРП” явились причиной психических расстройств у Г. Д.

Ю. С. Савенко

Личное общение с Г. Д. в здании суда, где мы (оба — свидетели по делу) в течение нескольких часов ожидали своей очереди, позволило уточнить квалификацию ее состояния, сложившуюся на основании текста “заочного освидетельствования”, который, в свою очередь, основывался на истории болезни 9-ти дневного пребывания в психиатрической больнице. Прежде всего, ничего инфантильного: облик, манера держаться и говорить, — основательные, спокойные, деловые, эмоциональные, но без всякой аффектации. В ее рассказе — **фундаментальная новость, совершенно не отраженная в заключении психиатров: ее первичное освидетельствование было осуществлено обманом (психиатр назвался психологом) и недобросовестно (мимолетно), стационарирование было грубо насильственно, а в силу бурных протестов ее недобровольно лечили (“утром**

и вечером уколы и таблетки”). Ее ошеломила грубость персонала (на протесты ее беременной соседки по поводу дачи лекарств медсестра бросила: “Все равно родишь ублюдка”). Спустя предельный по закону срок ее вынуждены были выписать. Хотя в публикациях в местной прессе, в частности, в письме ее отца, ее фамилия была изменена, для значимого ей окружения никакого секрета не было, а там писалось: “У девушки тяжелое психическое расстройство, — сказали нам в областной психоневрологической больнице. — Ее нужно срочно лечить: девушка может просто погибнуть.” Все обстоятельства были искажены: “Родители Галину в больнице не оставили, опасаясь, что она наложит на себя руки. С девушкой там случилась истерика, вывести из которой удалось только с помощью лекарств” (“Челябинский рабочий”, 15.08.00).

Все изложенное, а также нормальное психическое состояние Г. Д. накануне дачи свидетельских показаний, и заключение из Свердловской областной психиатрической больницы о ее психическом состоянии за день до этого, позволили сделать в суде устную коррекцию в приведенный выше текст рецензии. Психиатры, насильственно поместившие Г. Д. в психиатрическую больницу, сгустили краски описания ее психического состояния в истории болезни, поэтому опора на это описание вызвала ошибочное предположение о “более глубокой депрессии”.

*“Г. Д. осмотрена 12 апреля 2001 г. (по ее письменному заявлению) врачом психиатром высшей квалификационной категории, зам. глав. врача по медицинской части Свердловской областной клинической психиатрической больницы Ленской Валентиной Степановной при участии медицинского психолога Соломенной Светланы Викторовны. Заключение: в настоящее время без психических расстройств”.*

Таким образом, состояние Г. Д. не дало оснований не только для диагноза психической болезни, но даже для указания на психическую патологию.

То, что проведенное “заочное освидетельствование”, а также помещаемые ниже рецензия и заключение написаны ниже всякой критики, произошло в силу того, что к этому делу были привлечены не сотрудники кафедры психиатрии, которую возглавлял известный ученый покойный проф. В. С. Григорьевских (1988 – 1998), и не такие опытные врачи-психиатры, как Н. Г. Мовчан и другие, а люди, явно предрасположенные. В таких случаях положено брать самоотвод. Они же взялись отвечать даже на некорректно сформулированные вопросы.

Предлагаем вашему вниманию рецензию и заключение на антинаркологические лекции, документальные видео-фильмы и концерты со специально подобранным репертуаром песен, используемые Ассоциацией “КАРП”.

## РЕЦЕНЗИЯ

*Изучив представленные материалы: лекционный курс, видеофильмы, газетные публикации можно сделать следующие выводы:*

*Лекционный курс не имеет под собой научной основы в плане наркологических и инфекционных заболеваний, с профессиональной точки зрения не рассматриваются биологические, социальные и психологические причины этих расстройств, не ведется конкретная профилактика и реабилитация. Опосредованно, на бессознательный уровень проводится внушение для формирования зависимости сектантству, обожествление лидера секты, что приводит к нежелательным последствиям в виде нарушения форм поведения (бродяжничество, попрошайничество, отсутствие установок к труду, учебе, отрыв от родителей и т.д.).*

*В процессе лекционного курса у слушателей формируется убеждение на бессознательном уровне, что он “наркоман” или что он “болен СПИДом”, вследствие чего слушатель приобретает форму поведения согласно внушению, то есть мунисты выглядят усталыми, вид у них болезненный, они собирают пожертвования в дождь и пургу, рекрутируют новичков.*

*Таким образом, представленные материалы формируют у слушателей убеждения, направленные на социальную, моральную и психологическую дезадаптацию, что может приводить к определенным расстройствам психики, таким как — сужение круга интересов, снижение познавательных процессов, психопатоподобным формам поведения, обострению эндогенных психических заболеваний и формированию патологических расстройств личности.*

*Ассистент кафедры ДППиН к.м.н. Кривулин Е. Н.  
Зам. глав. врача ЧОКПНБ № 1 Вецков С. Г.  
Зав. кафедрой ДППиН проф., д.м.н., академик РАСО Буторина Н. Е.*

Итак, лекциями “на бессознательный уровень проводится внушение... и у слушателей формируется убеждение на бессознательном уровне”. Если такова “научная основа” рецензентов, то стоит ли пенять на ее отсут-

ствие в лекциях? Спаси нас Боже от такой научной основы. От науки здесь присутствуют только научные регалии.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

на материалы Челябинской городской общественной организации  
молодежной студенческой ассоциации "КАРП",  
Уральской межрегиональной Федерации "Семьи за единство и мир во всем мире"  
(УМ ФСЕММ), представленные прокуратурой Челябинской области

На рецензию были представлены материалы:

1. Конспекты лекций:

"Наркотики — от реальности не уйдешь!", "СПИД и другие последствия свободной любви", "Курение: цена удовольствия — жизнь!", "Реальный путь создания счастливой семьи", "Влюбленность и любовь".

2. Просветительская программа (памятка родителям): "Наркотики — от реальности не уйдешь".

3. Кассеты с документальными фильмами "О вреде наркотиков", "О вреде курения", видеоклип "Я выбираю жизнь", репортаж о Молодежном марше (сентябрь 1998, Башкирия, Свердловская, Пермская область), а также песни рок-группы "Свежий ветер" и Марш в Челябинской области.

4. Сборник песен.

5. Аудиокассета группы "Свежий ветер" под названием "Я выбираю жизнь".

6. Несколько листов в клетку, написанных от руки детским почерком.

7. Ежедневник Деревской Галины с записями лекций, наставлений, воскресных служб, семинаров и других подобных материалов.

Рассмотрим более подробно представленные материалы:

Пункт 1.

Можно отметить суровую категоричность суждений, сомнительность в правильности многих выводов в текстах, односторонность подходов к далеко не однозначным проблемам, претензию на истину в последней инстанции в ответах на вопросы. Также не просматривается ни одной научно обоснованной концепции, на которую опираются вышеизложенные лекции.

Пункт 2.

**Просветительская программа (памятка родителям): "Наркотики — от реальности не уйдешь!"** Здесь записаны возможные реакции и внешние проявления организма на разные наркотические вещества (гашиш, марихуана, опиум, героин, амфетамины, кокаин, "экстази"). Эта информация может быть полезна родителям, у которых возникли опасения, что их дети употребляют наркотики, но она должна быть подвергнута медицинскому анализу. Как психолог я могу отметить, что таких универсальных реакций, какие описаны в памятке нет, каждый наркотик действует на организм сугубо индивидуально. Более того, авторы программы приводят данные о количе-

стве наркоманов в городе Челябинске и в России опять же не ссылаясь ни на какие официальные источники. Так же приводятся данные прогноза на будущий год и также непонятно как они получены.

Пункт 3.

**Видеокассеты с д./ф. о вреде курения и о губительной роли наркотиков для человеческой жизни и здоровья.** Документальные фильмы серьезные и информационно насыщенные. Там демонстрируются страшные и трагические перспективы людей, попробовавших наркотики. В фильме о курении анализируются многочисленные тяжелые последствия этой вредной привычки. Фильмы качественные по содержанию и форме представления материалов.

Заметим, что их использование при пропаганде вреда наркотиков и курения несомненно эффективно, если соблюсти некоторые требования к процедуре показа их на аудиторию.

Во-первых, демонстрация на массового зрителя в данном случае противопоказана, т.к. воздействие ярких образов показанных последствий курения и наркомании, могут оказать негативное влияние на детскую, окончательно не сформировавшуюся психику. И если уж проводить шоковую терапию (а эти фильмы именно с этим и можно сравнить), то только дифференцированно с теми подростками, на кого уже другие, более гуманные методы не действуют.

Во-вторых, по нашему мнению, основная задача этих видеоматериалов сильно напугать подростка и вызвать стойкое эмоциональное отвращение к вредным привычкам. Поэтому, воздействие именно таким образом на эмоциональную сферу, должно быть точно рассчитано по времени, когда ребенок только начал курить и не попал в зависимость (а подростки гораздо быстрее привыкают, чем взрослые) отравляющего воздействия. Так как, по последним исследованиям, курящий не столько наносит вред своему здоровью никотином, сколько мыслями о том, что каждый раз, беря в рот сигарету, он губит свое здоровье и жизнь.

Пункт 4.

**Песни (seminar songs)** подобраны самые разные. Это и песни группы "Машина времени", туристские песни "Люди идут по свету", "Не жалуйся", песни из кинофильма "Мэри Поппинс, до свидания", "Ирония судьбы" и так далее. Но также среди известных и популярных песен попадаются прелюбопытные эк-

земляры. Например, песни рок-группы “Свежий ветер”: “К источнику жизни”, “Весенняя песня сада”, “Песня званого пира”, “Песня господнего сада” и несколько песен на английском языке. Они прямолинейны и одиозны в указании способов “правильной жизни”, “решения проблем” и многие из них просто религиозного содержания, при чем как приманка идут сначала известные тексты, рассчитанные на молодежную аудиторию, а затем то, что с точки зрения авторов более “полезно” для современной молодежи.

#### Пункт 5.

Аудиокассета группы “Свежий ветер” под названием “Я выбираю жизнь”, где представлены для прослушивания песни с такими названиями: “Нет свободному сексу”, “Резиновый миф”, “Истинная любовь” и другие. Эти музыкально-песенные композиции представляют собой простенькие, стилизованные мотивчики в духе вокально-инструментальных ансамблей 70-х годов с текстами — речевками типа: “Эй, ты что не знаешь сам? Презерватив — резиновый миф! Ты убиваешь себя сам!” или “...развратное кино: все это продолжается тысячу лет, но, наконец-то, мы дадим всему этому ответ — ЧИСТАЯ ЛЮБОВЬ!” или “Нет в мире злобы и теперь нет врагов: отныне в мире царит ИСТИННАЯ ЛЮБОВЬ!” Сами по себе какого-то большого вреда эти “произведения искусства” не принесут, но в комплексе с другими методами воздействия (лекции, семинары, тренинги, видео и аудио материалы и т.д.) могут способствовать формированию упрощенного восприятия действительности.

#### Пункт 6.

Несколько тетрадных листков, написанных от руки детским почерком.

Потрясающее впечатление производит отрывок из дневника девочки, где явно просматривается результат воздействия семинара на психику ребенка.

На первой странице приводится расписание одного дня семинара. Режим дня очень насыщен, у подростка практически нет времени для отдыха — в 5.00 — подъем, в 5.30 — открытие в 23.00 подготовка ко сну. Количество часов, отпущенное для сна, явно недостаточно даже для взрослого человека, а ведь дети в таком режиме работают несколько дней без перерыва! Ежедневная учебная нагрузка превышает допустимые нормативы — занятия без отдыха до 10 академических часов. Лекции плотно переплетаются только с перерывами на еду, фактически не давая ребятам возможности осмыслить получаемую информацию. Такой режим дня противоречит нормам распределения времени учебных занятий и создает предпосылки для введения человека (а тем более в подростковом возрасте) в состояние аффекта, когда волевые и интеллектуальные процессы тормозятся и на короткий период времени происходит отключение сознания и можно как угодно воздействовать на психику извне.

Далее по содержанию выявляются все более страшные вещи — цитирую: “Дорогой небесный отец, это письмо я пишу тебе... Я хочу полностью изгнать из себя сатану. И для этого я должна расстаться с самым дорогим — это со своими родителями. Но я должна пожертвовать этим, т.к. они для меня самые дорогие... Небесный отец, я хочу уйти из школы, из дома. И мне больно, что они (родители) живут с сатаной” и так далее. Комментарии излишни.

#### Пункт 7.

Ежедневник Деревсковой Галины с записями лекций, наставлений, воскресных служб, семинаров и других подобных материалов. В основном, по содержанию здесь должны разбираться специалисты в области теологии, философы. Потому, что основное содержание имеет религиозную тематику. Здесь более подробно, чем в предыдущем материале проступает страшная картина трагедии девочки. Вот только некоторые цитаты из ее конспектов:

“...приезжают в Москву ИСТИННЫЕ РОДИТЕЛИ — это наши спасители. Без них мы бы стали несчастными. Право на наследие дается ИСТИННЫМИ РОДИТЕЛЯМИ” “Жизнь — это искупление. Каждый раз, когда мы проявляем свою падшую природу, мы соединяемся с САТАНОЙ. Мы должны отделиться от САТАНЫ. Дети похожи на своих родителей. И мы больше похожи на детей САТАНЫ. Я все равно буду любить ИСТИННЫХ РОДИТЕЛЕЙ, это тоже самое, если я избавлюсь от своей падшей природы. Я хочу с ней расстаться. Лучшие ни о чем не думать”. “Даже между родителями и детьми нет единства. Единство возможно только с ИСТИННЫМ ОТЦОМ. Мы должны быть живым приношением. Вся наша жизнь принадлежит ИСТИННЫМ РОДИТЕЛЯМ”.

Здесь явно просматривается механизм отторжения ребенка от своих собственных родителей и подчинение его воли ИСТИННЫМ РОДИТЕЛЯМ, то есть 2-ну Муну и его супруге. Ученика призывают к освобождению от размышлений, к жертвенности во имя ИСТИННЫХ РОДИТЕЛЕЙ.

“Нужно посмотреть на мир глазами НЕБЕСНОГО ОТЦА. Лидер должен выдержать много испытаний и в конце победить. Я с успехом сделаю это или умру. Служа великому делу, я должен быть готов к любым несчастьям. Путь избранного человека — это путь лидера. Каждый из нас должен стать Мессией”.

Этот абзац посвящен идее жертвенности собой ради великого дела. Человек принявший эту позицию, с позиции лекторов, является избранным. Удел избранного быть лидером, Мессией и принять страдания если это потребуется. Если не сделал этого — должен умереть. Фактически слушателя призывают выбрать между служением НЕБЕСНОМУ ОТЦУ или собственной жизнью. Позиция очень жесткая, фанатичная.

**“Проблема владения материальной стороной жизни.** Не должно быть эгоцентрического собственности. Все, что мы имеем, мы получили в пользование от Вселенной, все принадлежит Богу. Поэтому мы должны пользоваться материальными вещами в соответствии с основным Вселенским Законом — “жизнь ради Бога и других людей. Деньги нельзя тратить на цели зла...”

Таким образом, на себя тратить деньги нельзя (эгоцентрическое собственности, цели зла), нельзя тратить их и на родителей (они “соединяют с САТАНОЙ”). Материальные проблемы решаются очень просто. Человек только пользуется тем, что дано ему в пользование Богом, принадлежит не ему, а Богу и может расходовать все, что имеет во имя **ИСТИННЫХ РОДИТЕЛЕЙ**.

**“Проблема взаимоотношений между мужчиной и женщиной.** ВСЕ отношения между мужчиной и женщиной — это повторение грехопадения. Избавиться от эмоциональной привязанности. Пресекать любые неправильные чувства. Не мечтать и не видеть во сне, даже во сне себя можно контролировать”.

Авторы ставят под запрет все отношения между мужчиной и женщиной, эмоциональную привязанность. Делят все чувства на правильные и неправильные. А если вспомнить тезис про лидерство, что избранный человек должен стать лидером, то за отступление от этого, за проигрыш перед своей человеческой природой, он должен расплатиться жизнью. Повторимся, но эта позиция, как и предыдущие, очень жесткая, фанатичная.

Внимательно ознакомившись со всеми этими документами, мы можем сделать следующие общие замечания и выводы.

Материалы направлены на работу с молодежной аудиторией, носят социальный характер и направле-

ны на профилактику вредных заболеваний. Цели, декларированные разработчиками лекций, социально значимы, имеют позитивную направленность.

Следует отметить некоторые существенные, на наш взгляд, замечания.

- в тексте нет ни одной ссылки, на источники откуда взяты данные, приведенные в лекционном материале, также не указано кто автор этой подборки и вообще чьи идеи положены в основу содержания лекций. Из представленных нам тезисов, можно заключить, что ни на одну из общепризнанных концепций воспитания и образования авторы в содержании не опираются. “Идейную” основу составляет смесь весьма спорных и имеющих далеко неоднозначное толкование суждений.
- режим работы семинара, с превышением всех допустимых норм учебной нагрузки, способы представления информации, как это видно из подавляющего большинства представленных материалов, направлены на массивное воздействие на юных участников, механическое восприятие информации, следование внешне позитивным, но зачастую спорным постулатам, могут быть опасны для физического, психического и нравственного здоровья участников.
- мы видим опасность рецензируемых материалов в том, что человек, вставший на путь слепого следования запрограммированным формам поведения, в дальнейшем попадает (и это видно по отрывкам из дневника девочки) в зависимость на бессознательном уровне, испытывает потребность в новых программах поведения, становится зависимым от лидеров, что очень опасно в духовном и социальном плане.

Считаем, что представленные материалы наносят очевидный вред личности подростка и не могут быть рекомендованы для использования.

И.о. зав. кафедрой психологического обеспечения образования ЧИДПОПР О. Е. Костюченкова

Приведенные рецензия и заключение являются документами, про которые обычно говорят: “Комментарии излишни”. Они достойны войти в антологию отрицательных примеров.

Заключение пеняет популярному тексту на отсутствие научных ссылок, и само, называясь научным, подает пример: “Согласно последним исследованиям, курящий не столько наносит вред своему здоровью никотином, сколько мыслями о том, что каждый раз беря в рот сигарету, он губит свое здоровье и жизнь”. Здесь перед нами не просто квазинаука, а пропаганда курения! (пункт 3).

Поучительно, до чего доводит заочность: двадцатилетняя Г. Д. (1980 г.рожд.) фигурирует как “девочка”, “подросток”, “ребенок” (пункты 6 – 7), хотя можно было поинтересоваться возрастом.

Такого рода “подросткам” режим 6-ти часового сна в течение нескольких дней и до 7,5 часов занятий якобы создает предпосылки для кратковременных отключений сознания, когда “можно как угодно воздействовать на психику извне” (пункт 6). Это заявление, как и квалификация “фанатизма” (пункт 7), представляют для психолога выход за пределы своей профессиональной компетенции и ошибочны по существу.

Заключительный вывод, что “следование внешне позитивным постулатам может быть опасным для физического, психического и нравственного здоровья участников”, взятый изолированно, бессодержателен: любой тезис, любое лекарство, используемые неадекватно, могут быть вредными. В данном контексте это безответственное заявление, так как создает видимость утвердительного ответа при совершенно



неудовлетворительном уровне аргументации. По крайней мере, заключение ограничивает себя подростковым возрастом. Для девочек это 12–15 лет. Проф. Н. Е. Буторина и асс. Е. Н. Кривулин — сотрудники кафедры детской и подростковой психиатрии. Но назвавшийся психологом к.м.н. Е. Н. Кривулин видел, с кем имеет дело.

Впрочем, проф. Ф. В. Конратьев подвел под это свою теорию: весь русский народ настолько инфантилен, что просто нуждается, чтобы с ним вели себя как с детьми и подростками (НПЖ, 1996, 1, 47–50).

Попытка ликвидировать успешную творческую общественную инициативу “снизу” происходит в условиях, когда государство не справляется с проблемой наркоманий (а это — национальная катастрофа!), не выделяя даже запланированных крох из бюджета<sup>3</sup> и пытаясь решить ее полицейскими методами. Когда единственная надежда на успех состоит в пробуждении инициативы и активности самого общества, эта инициатива подавляется из, как хорошо просматривается, идеологических соображений. Вот как возмущается “Уральский курьер” (29.09.00): “Карповцы уже охватили своими просветительскими лекциями де-

сятки учебных заведений Челябинска, и при этом ни один из опрошенных педагогов не выразил сомнения в их состоятельности!... А вот в Ставропольском крае радикально пресекли доступ мунистов в учебные заведения. По представлению краевой прокуратуры там была ликвидирована “Федерация молодежи за мир во всем мире”. Комитет по делам национальностей, религиозных и общественных организаций и главное управление образования администрации Челябинской области распространили среди педагогов области перечень нетрадиционных религиозных течений и общественных организаций религиозной направленности (в него вошли “Церковь Унификации” и ее многочисленные общественные организации), дабы оградить южноуральских школьников от домогательств последователей экзотических религиозных культов...”.

Челябинский процесс — один из многих сходных в этом ряду с 1995 года — показал, что общественная борьба с наркотиками, если она инициирована нетрадиционными религиозными движениями или даже созданными ими общественными организациями, уступает в глазах прокуратур — совсем как в советские времена — “идеологической опасности” чуждых конфессий. К чести Челябинского районного суда иск прокуратуры о ликвидации Ассоциации “КАРП” был отклонен.

<sup>3</sup> В США на борьбу с наркоманией выделяется средств больше, чем весь бюджет России

## 17-й НАЦИОНАЛЬНЫЙ КОНГРЕСС И РЕГИОНАЛЬНЫЙ СИМПОЗИУМ ВПА

*16 – 20 ноября 2001 г., Мехико*

**Тел.: 52 5 211 4423;**

**E-mail: gruvia@defl.telmex.net.mx**

## КОНФЕРЕНЦИЯ ПСИХИАТРОВ НИГЕРИИ И ТРАНСКУЛЬТУРАЛЬНАЯ СЕКЦИЯ ВПА

*19 – 23 ноября 2001 г., Абеокута, Нигерия*

**Тел.: (234) 039-240-571**

# Весеннее обострение в Нижнем

Проф. В. В. Власов (Саратовский медицинский университет)

Начну с того, что я не психиатр. Интерес к “борьбе с сектантством” связан с моими работами в области медицинской этики и в клинической эпидемиологии. Поясню последнее: в этой сфере наиболее заметно расхождение далеко идущих общественно важных выводов и несовершенства методологии исследований. Несмотря на то, что я не открыл в этом смысле для себя ничего нового, я полагаю, что по своей форме и существу произошедшего конференция достойна внимания читателей журнала.

Мое участие в Международной “научно-практической» конференции “Тоталитарные секты — угроза XXI века” (24 – 26 апреля 2001 г.) связано с тем, что в Саратовскую губернию, впрочем, как и во многие другие, в адреса руководителей поступило приглашение, подписанное Заместителем полномочного представителя Президента РФ в Приволжском федеральном округе В. Зориным. Приглашение называло организаторами конференции Нижегородское епархиальное управление и администрацию Нижегородской области и обещало специальную секцию для врачей. Звонок в администрацию подтвердил подлинность приглашения, впрочем, и без того заверенного всеми знаками регистрации.

С самого начала конференция выглядела как умеренно научная и очень практическая, если иметь в виду практикой пастырское дело. Международный ее характер был очевиден, и заключался в том, что большую часть времени пленарных заседаний на трибуне были иностранные гости: Аллен Вивьен (председатель межминистерской комиссии по борьбе против сект при премьер-министре Французской республики); Томас Гандоу (уполномоченный Берлинско-Бранденбургской лютеранской церкви по вопросам сект и мировоззрений); Рюдигер Наут (уполномоченный Вестфальской лютеранской церкви по вопросам сект и мировоззрений). Большая часть их сообщений носила вполне анекдотический характер, т.е. излагали сущность и практику мунизма, сайентологии, сатанизма на уровне бульварного анекдота, с запрыгиванием на стулья, демонстрацией отряхиваний и даже попыткой продемонстрировать на лбу сидящего поблизости А. Дворкина рисование перевернутой звезды, от чего последний все же успел уклониться.

Не более глубокими были сообщения православных священнослужителей о культе Анастасии, радостях и проч. Речь, конечно же, не шла о научном анализе какого-либо явления, и даже не о систематическом изложении его сущности, а лишь об осмеянии. Из этого стиля выбивалось лишь сообщение А. Вивьена, который, в частности, отвечая на вопрос Ф. Кондратьева подчеркнул: что **несмотря на исходные попытки использовать в определении “сект” признаки “манипулирования сознанием”, во Франции от этого отказались,**

**поскольку дифференцировать убеждения “сектантов” от “нормальных” убеждений не удается. Это, впрочем, не помешало и далее в дискуссиях и документах конференции опираться на тезис об использовании манипуляций сознанием как отличительным признаком “тоталитарных сект”.**

Наибольшее внимание участников и публики привлекла фигура Джеральда Армстронга, человека, по всей видимости, более нуждающегося в сочувственном внимании профессиональных читателей данного журнала, а не в эксплуатации в интересах развенчания сайентологии. Человек с многолетним опытом работы “внутри” организации Хаббарда, он вследствие своих акций антихаббардистского толка и из-за нарушения условий мирового соглашения осужден американским судом и скрывается от ареста. Последнее он сообщил сам, и это подтверждают сайентологи. Я мог легко проверить эту информацию в интернете, где приведены соответствующие документы. С огорчением увидел, как этот случай был в очередной раз использован участниками конференции, прежде всего — Т. Гандоу, для того, чтобы привлечь внимание к отсутствию свободы слова в США, в сравнении с тем, как наслаждаются ею граждане Германии и России. Бывший коммунистический доцент, а теперь — протоиерей Смирнов раскрыл участникам глаза на то, что сектанты оплатили поездки тысяч преподавателей, студентов и депутатов в США, где последние подвергались “воздействию”, а теперь сектанты влияют на отдельных депутатов, в том числе в Нижегородской области, на кандидатов в губернаторы, и даже на представителя Президента, из-за чего он и не пришел приветствовать конференцию.

Сайентологи оказались единственной “сектой” которая заблаговременно предприняла действия, направленные на информирование общественности о готовящейся конференции, организовала пикетирование с цитатами из Конституции РФ и трудов Р. Хаббарда, разослала в прессу сообщения о пребывании на конференции преступника, осужденного в США, на которого выписан ордер на арест. Всего на конференции зарегистрировался 201 участник, а вход в “православный центр” охраняли до 30 членов “православного братства”, проверявших документы, проводивших перерегистрации каждый день, дежуривших во всех помещениях заседаний. Проникавшие на заседания сайентологи, пытавшиеся возражать утверждениям докладчиков (Армстронг: сайентология — культ бессмыслицы), немедленно выдворялись. Заседания начинались молебном, а врачебная секция, начавшая работу без такового, была сразу же отслежена и информация донесена до иерарха. Я сам слышал это встревоженное сообщение: “Без молебна начали!” — “Ничего, пусть продолжают”.

“Медицинская” секция была представлена преимущественно психологами и психиатрами православного

направления, а оказавшиеся там местные психиатры так и остались непонятыми со своими вопросами о числе обследованных, критериях диагностики и проч. Руководили работой секции Е. Волков и Ф. Кондратьев. Те материалы, что были представлены инициативными участниками, преимущественно представляли собою описания результатов обследования небольших групп людей, принадлежащих в момент обследования или ранее к какой-нибудь “секте”. Несмотря на избирательность таких обследований и их недоказательность, даже таким образом заметных особенностей у участников “сект” обнаружить не удалось. Риторика некоторых участников была направлена против создания “сектами” групп поддержки/терапии наркоманов. На вопрос психиатра: что же предлагается вместо этого? — ответ был циничным: ничего нет, но если наркоманию заменяет зависимость от “секты”, то это еще хуже, пусть будет лучше наркомания. Ф. Кондратьев самокритично признал, что доказательств вреда психическому здоровью последователей “сект” нет, т.к. специальных исследований нет, а по обращаемости ничего сказать нельзя (обращаемость у “сектантов” может быть даже ниже, чем в популяции). Зато в случае возникновения жалоб родственников и конфликтов можно через прокуратуру направить документы в Институт, где Ф. Кондратьев сможет дать заверенное круглой печатью официальное заключение, что и станет доказательством вреда. Такой вот механизм получения доказательств причинности и вреда. При этом предупреждает, что “организация Савенковская ждет, когда будет фактура... Они огромные деньги получают...”.

Проекты документов конференции раздали избранным участникам. В основном значится: “выражаем крайнюю обеспокоенность бесконтрольной деятельностью тоталитарных сект (деструктивных культов), которая носит неприкрытый характер экспансии, наносящей непоправимый вред здоровью людей, нарушающей права человека, создающей угрозу семье, обществу, государству”... “Государство должно быть заинтересовано в сохранении и процветании традиционных, культуuroобразующих религий”. “Выступаем с инициативой о внесении в законодательство РФ дополнений... прямого действия с целью поставить под жесткий контроль. Ограничить или вовсе запретить деятельность тоталитарных сект (деструктивных культов) и групп, подпадающих под определение таковых”. Большинство данных определений соответствуют приведенным в текстах А. Дворкина.

К завершающему заседанию проекты заметно изменились. Настолько, что при обсуждении “специального определения” в отношении опасности “неопятидесятилетнего харизматического “Движения веры”, John Aagaard, приехавший на конференцию от того же “Диалог-центра”, что и упомянутые выше Наут и Гандоу, с возгласом “нонсенс!” бросился объяснять председателю А. Дворкину ошибку. Ошибка, по мнению Огорда (я критик неохаризматического движения!), в том, что такое агрессивное постановление конференции отталкивает заблудших от церкви. Определение ясно на-

стаивает не на миссионерской деятельности, а на изоляции “заблудших”, как того можно было бы ожидать от христиан: “...не может быть ничего общего с харизматиками, и всякий православный пастырь, вступающий с ними в контакт, тем самым отдаст стадо Христово на растерзание хищным зверям. Никакая традиционная конфессия или религия не может иметь дела с обманщиками”. Другое возражение участника конференции — не является доказательным утверждение: “многие члены таких сект страдают депрессивными состояниями, среди них чрезвычайно часты попытки самоубийства. Это подтверждается данными международной статистики”. Председатель вздохнул, и предложил принять это определение как внутрицерковный документ.

То же произошло и со “вторым специальным определением”. Оно завершается пассажем, который интересно привести целиком: “Считаем необходимым предостеречь всех правящих архиереев, что выпущенный от лица Миссионерского отдела Московской Патриархии лазерный диск “Тоталитарные секты деструктивного и оккультного характера” не является вполне адекватным. Особое возмущение и недоумение вызывает помещенная на диске “рецензия” некоего адвоката Кузнецова на книгу А. Л. Дворкина “Сектоведение: Тоталитарные секты”. Эта безграмотная рецензия написана для подрыва значимости и необходимости книги Дворкина, несмотря на то, что книга имеет официальное благословение и является плановой в учебно-просветительской работе Свято-Тихоновского Богословского института. Совершенно недопустимо то, что в данном электронном справочнике представлены экспертизы лидера неохаризматической тоталитарной секты В. Ряховского и сектозащитника А. Пчелинцева. Таким образом, участники работы секции “Организация противостояния сектантству и миссионерской работы на епархиальном уровне” расценивают позицию авторов вышеуказанного электронного справочника как АНТИЦЕРКОВНУЮ”.

В заключительный час работы конференции на ее трибуне появилась дама из “правозащитной организации” и отмежевалась от обвинений в защите прав “сектантов”. Деликатно молчавшая три дня делегатка пыталась поставить под сомнение опасность для общества последователей П. Иванова и Рерихов, равно как и правомерность их обозначения как религий. Ответ ей дал А. Кураев с выражением усталого человеколюбия на видимой части лица: коль воображают наличие надчеловеческого личного — значит религии, а опасность — очевидна. Представитель баптистов пытался сообщить, что они считают себя протестантами, но ему устами Дворкина и Гандоу в этом было отказано с использованием исторических аргументов: когда образовались протестанты — вас еще не было. Журналисты со свойственным им чутьем задали вопросы, которые много высветили. Уточнили, что это за коммерческие секты упоминаются, да еще в интернете? Е. Волков пояснил: вот, МММ в интернете работает как секта, а еще есть закрытые клубы и якобы базирующиеся в Швейцарии страховые компании. Лучше не скажешь! Вероятно, не сказано было только: кто не с нами, тот против нас... и должен быть уничтожен.

# 100-ЛЕТИЕ НИКОЛАЯ ВИТАЛЬЕВИЧА КАНТОРОВИЧА

В мае 2001 года исполняется 100 лет со дня рождения видного отечественного психиатра, профессора Николая Витальевича Канторовича, являющегося учеником В. М. Бехтерева и П. А. Останкова.

Н. В. Канторович родился в г. Вильно (нынешнем Вильнюсе) в семье врача Виталия Канторовича и пианистки Паулины Сакс — родственницы изобретателя саксофона А. Сакса. Для лучшего образования детей семья родителей вскоре переезжает в Санкт-Петербург, где в 1912 г. родился его младший брат — Леонид — будущий математик и экономист, академик, лауреат ряда государственных премий (Ленинской и др.) и Нобелевской премии (1975 г., по экономике).

Н. В. Канторович окончил Ленинградский медицинский институт в 1924 г. До Великой Отечественной войны его деятельность протекала в Ленинграде, во 2-ой Ленинградской психиатрической больнице, а затем в больнице им. Фореля, где он занимал должность зав. отделением, помощника главного врача, а затем — научного руководителя и консультанта. Одновременно работал в Институте по изучению мозга, а затем в Невропсихиатрическом институте им. В. М. Бехтерева. В этот период он написал ряд научных работ.

Широкую известность принес ему предложенный в 1929 г. (на основе условно-рефлекторной теории В. М. Бехтерева) метод условно-рефлекторной терапии алкоголизма (авторство Н. В. Канторовича в этом, по сути, первом эффективном методе лечения алкоголизма признается всеми отечественными и зарубежными учеными). В 1931 г. по его проекту и его участию в Ленинграде были организованы первые медицинские вытрезвители в системе Ленгорздравотдела. Само название “медицинский вытрезвитель” было предложено Н. В. Канторовичем, а слово вытрезвитель так легко и быстро вошло в русскую речь, что, кажется, существовало всегда. Его выдающиеся организаторские способности проявились также в разработке и осуществлении принципов организации комфортабельных психиатрических отделений для бес-



покойных больных. Это было настолько гуманно по отношению к этой наиболее тяжелой для наблюдения и курации категории больных, что результат его деятельности в этом направлении, отраженный в ряде научных публикаций, по праву может считаться одним из первых в нашей стране работ по реабилитации психически больных, развитых в дальнейшем в работах Д. Е. Мелехова, М. М. Кабанова и др. В те же годы он организовал первый в Союзе невропсихиатрический медтехникум.

В 1936 г. Н. В. Канторович за эти достижения был утвержден в научной степени канд. мед. наук без защиты диссертации.

В 1939 г. он защитил докторскую диссертацию на тему: “Реактивные психозы”.

С 1941 г. по 1944 г. он был доцентом Военно-морской

Академии и принимал участие в ВОВ. В 1944 г. Минздравом Союза был направлен в Киргизию (г. Фрунзе, сейчас Бишкек) с целью организовать психиатрическую службу (клиническую, педагогическую и научную) в этой республике, где психиатрия только начинала организовываться. С 1944 г. и вплоть до смерти в 1969 г. он возглавлял кафедру психиатрии Киргизского медицинского института, был председателем Ученого медицинского совета Минздрава Киргизии, председателем Киргизского филиала и членом правления Всесоюзного общества невропатологов и психиатров, членом координационной комиссии по науке при президиуме АМН СССР, членом редакционного совета Журнала невропатологии и психиатрии им. С. С. Корсакова.

Большой заслугой Н. В. Канторовича является стойчивое изыскание и внедрение новых методов лечения в психиатрии еще до появления первых психотропных препаратов. Кроме условно-рефлекторной терапии алкоголизма, им в 1940 г. был предложен оригинальный метод лечения шизофрении хинином. В психиатрической клинике, руководимой Н. В. Канторовичем одной из первых был применен пенициллин для лечения прогрессивного паралича. Для лечения эпилепсии им была предложена лекарственная

смесь “контраспазмин” с успехом применявшаяся не один десяток лет. Он же является автором растормаживания ступорозных больных с помощью внутривенного введения алкоголя. В начале 60-х годов Н. В. Канторовичем были проведены большие работы по изучению влияния высокогорья на течение психических заболеваний. С этой целью был организован временный стационар на высоте 3540 метров и получены данные о благоприятном влиянии пребывания в высокогорье на психомоторное возбуждение, на маниакальную фазу МДП и др.

Большое внимание он уделял профилактике нервно-психических заболеваний, и, являясь отличным популяризатором, написал ряд научно-популярных работ. Многие идеи и положения, высказанные в его научных работах, получили положительные отклики в отечественной и зарубежной литературе, а предложенные им диагностические и терапевтические методики вошли в практику.

В период его работы в Киргизии в полной мере проявились его организаторские способности. При его активном участии здесь были открыты несколько психиатрических больниц в различных областях Киргизии, образцовый психоневрологический диспансер со стационаром. Являясь ведущим ученым и практиком в области клинической и судебной психиатрии, а также медицинской психологии, Н. В. Канторович был блестящим педагогом и оратором; на его лекции в медицинском институте, на юридическом факультете Киргизского университета собирались толпы студентов из разных ВУЗов и местной интеллигенции, которые с большим интересом слушали его лекции, всегда сопровождавшиеся блестящими демонстрациями проблемных больных, групповыми сеансами гипноза и т.п. Проводимые под его председательством судебно-психиатрические экспертизы (Н. В. Канторович многие годы возглавлял республиканскую судебно-психиатрическую экспертизу), всегда отличались глубоким клиническим анализом и гуманным отношением к психически больным, совершившим правонарушения. Его имя было настолько популярно во Фрунзе, что шутка “не пора ли тебя отправить к Канторовичу?”, означала то же самое, что для москвича “не пора ли тебя отправить в Кашенко?”. Ему удалось создать на возглавляемой им кафедре психиатрии творческий коллектив единомышленников. Долгие годы после его смерти кафедру психиатрии возглавляла его ученица, профессор А. И. Дурандина, а сейчас — другой его ученик — профессор В. В. Соложенкин. Его учениками являются и целая группа психиатров-киргизов, в том числе крупный специалист по лечению наркологических заболеваний — А. Б. Назаралиев.

Н. В. Канторович обладал глубокими знаниями, был блестящим лектором и отличным педагогом. За период его работы в Киргизии он подготовил большое количество врачей-психиатров, в том числе титуль-

ной нации. Многие из них под его руководством вели научную работу, защищали диссертации. Он проводил большую организационно-методическую работу, систематически консультировал в психиатрических стационарах и в других лечебных учреждениях Киргизии.

Н. В. Канторович — автор более 100 научных работ. Наиболее плодотворными в научном плане были последние годы его жизни. Отдавая дань наркологическому направлению своих научных интересов в 1967 г. в Журнале невропатологии и психиатрии им. С. С. Корсакова появляется предельно сжатая, но очень содержательная статья “Диагностическая формула алкоголизма”, с помощью которой врач-нарколог или научный работник получил возможность кратко, но достаточно разносторонне охарактеризовать типовые и некоторые индивидуальные возможности алкоголизма, позволяя сократить описания в историях болезни и быстро охватить существенные особенности заболевания. Например, формула  $6(14) \frac{\text{Dys. A}}{3. \text{III}+++}$  Neuritis означает, что больной упо-

требляет алкогольные напитки 14 лет, алкоголизмом страдает 6 лет, преобладают дисфорические типы опьянения, после вытрезвления амнезирует период опьянения. У него 3 стадия алкоголизма, с неудержимым влечением к алкоголю, с тяжелой социальной декомпенсацией, он страдает алкогольным полиневритом.

С большим уважением Н. В. Канторович относился к своим учителям: выдающимся психиатрам проф. В. М. Бехтереву и проф. П. А. Останкову. В своих лекциях и беседах он часто с большим уважением упоминал о них. В 1957 г. к 100-летию со дня рождения В. М. Бехтерева он написал статью о нём в журнале “Советское здравоохранение Киргизии”. К 140-летию со дня рождения В. М. Бехтерева в 4-ом номере “Независимого психиатрического журнала” (1997 г.) эта статья воспроизведена, что дает возможность коллегам познакомиться с воспоминаниями ученика выдающегося ученого-психиатра, а заодно со стилем и литературным талантом юбиляра.

Хочется отметить еще одну личностную черту Н. В. Канторовича. Будучи выходцем из так называемой “Ленинградской психиатрической школы”, он всю свою жизнь следовал её канонам, оставаясь последователем феноменологического направления в психиатрии. Он с осторожностью относился к расширительной диагностике шизофрении. Несмотря на географическую удаленность столицы Киргизии от центра, Н. В. Канторович часто выезжал на съезды и конференции и поддерживал активную переписку и дружбу со своими бывшими коллегами по Ленинграду: проф. А. С. Чистовичем, Д. С. Озерецковским. Особенно дружен был он с известным профессором-психиатром из Ташкента Ф. Ф. Детенгофом. Семья Н. В. Канторовича и Ф. Ф. Детенгофа дружили и часто встречались.

В 1966 г. Н. В. Канторовичем была написана монография “Очерки о больной и здоровой психике”, многие годы являвшаяся учебником по общей психопатологии (пропедевтикой психиатрии) для студентов Киргизского государственного медицинского института. В 1967 г. им была опубликована “его лебединая песня” — завершающий труд его многолетних научных исследований — классическая монография “Психогении”, в которой нашли отражения его исследования по проблеме психогенных психических расстройств и пограничных состояний, сразу же ставшая настольной книгой-руководством для исследователей в области малой психиатрии. Уже после его смерти, в 1991 г. был опубликован один из первых отечественных учебников по медицинской психологии для студентов медицинских ВУЗов под его авторством — “Медицинская психология”.

Имея счастливую возможность знать Николая Витальевича “изнутри”, как отца, как тестя и учителя невозможно обойти стороной его яркие личностные свойства. Он был энциклопедически образованным профессором “старой школы”, свободно владел ан-

лийским и французским языками, регулярно подписывался на газету “Юманите”, был библиофилом и собрал у себя в доме огромную библиотеку психиатрической и художественной литературы, был знатком искусств, собирателем картин. В молодые годы, обладая глубокими знаниями изобразительного искусства, будучи увлеченным этим искусством, он блестяще проводил экскурсии по Эрмитажу. В его большом гостеприимном доме часто устраивались музыкальные вечера, куда приглашались друзья-артисты из филармонии и оперного театра. Его друзьями были известные художники С. А. Чуйков и Г. А. Айтиев, поэт С. Я. Маршак. На всех этих встречах друзей, музыкальных вечерах и в обыденном застолье он всегда был тамадой, умело и непринужденно и вместе с тем артистично вел “программу” встречи или застолья, умея подбодрить смущающегося участника встречи, остроумной шуткой, интересным рассказом оживить атмосферу.

Светлая память о дорогом Николае Витальевиче сохранится в наших сердцах до конца наших дней.

*Доктор мед. наук Е. Н. Канторович-Прокудина,  
канд. мед. наук, доцент В. Н. Прокудин*

*С целью напомнить коллегам о большом вкладе профессора-психиатра Николая Витальевича Канторовича (которому в мае с.г. исполнилось бы 100 лет) в учение о психогениях и пограничных состояниях публикуем (с некоторыми сокращениями) его статью “О классификации психогений и пограничных состояний”, опубликованную в 1964 г. в малодоступном сейчас “Сборнике трудов кафедры психиатрии Киргизского государственного медицинского института”.*

## О классификации психогений и пограничных состояний\*

**Проф. Н. В. Канторович**

Область “малой” психиатрии или так называемых пограничных состояний, область неврозов, патологических развитий личности, психопатий и реактивных психозов — это широкий круг заболеваний, по поводу которых среди психиатров существует много недоговоренностей, различных и противоречивых точек зрения. Одним из следствий такого положения вещей является отсутствие единой общепринятой классификации психогений и пограничных состояний, хотя бы в масштабах советской психиатрии. В результате нередки случаи, когда разные психиатры, имея в виду одно и то же состояние, на-

зывают его различными терминами или же применяют одно обозначение в отношении различных состояний. Все это затрудняет взаимное понимание, а следовательно и развитие нашей науки. (Далее автор на 7 стр. кратко, с оригинальным и смелым критическим анализом излагает классификации психогений и пограничных состояний предложенных в свое время П. Б. Ганнушкиным, М. О. Гуревичем, В. А. Гиляровским, И. Ф. Случевским, Е. К. Краснушкиным, В. Н. Мясичевым, А. Д. Зурабашвили, А. Н. Молоховым, О. В. Кербиковым, Я. М. Калашником).

В предлагаемой нами классификационной схеме психогений мы стремились сочетать краткость с достаточной полнотой охвата соответствующих болезненных форм. Схема исходит из современного уровня опыта и установок советской психиатрии.

В группе неврозов мы оставляем 3 основных формы: неврастению, истерию и невроз навязчивых состо-

\* Вопросы клиники и лечения психозов. Сборник трудов кафедры психиатрии Киргизского государственного медицинского института и Киргизского научного общества невропатологов и психиатров. Том XXXIV, вып. 2, Фрунзе, 1964, 3 – 16.

аний. Поскольку в этиологии психастении преобладают не психогенные, а более стойкие часто врожденные особенности, мы считаем правильнее рассматривать ее в группе психопатий и патологических развитий. Мы считаем также, что нет достаточных оснований для выделения в самостоятельные формы неврозов страха и ожидания. Страхи в той или иной степени свойственны любому неврозу. Связанное со страхом и другими эмоциями напряженное ожидание важных для человека событий скорее должно рассматриваться в ряду причин невроза, а не его форм. Что касается двигательных неврозов, то они имеют особую клинику и течение и другие пато-физиологические условно-рефлекторные механизмы образования и должны быть выделены из общих неврозов.

Большинство авторов рассматривает патологические развития отдельно от неврозов и психопатий. Мы считаем, что наступило время объединить их в одну группу, так как клинические проявления развитий и психопатий сходны. В одних случаях соответствующая клиническая картина обусловлена в основном эндогенно и обнаруживается довольно рано в подростковом или юношеском возрасте. Тогда можно говорить о врожденной психопатии. Сходные клинические картины, возникшие после травмы мозга или инфекции, дают основание говорить о приобретенной психопатии. В случае неправильного, болезненного развития личности, обусловленного дефектами воспитания, вредными влияниями среды, в результате чего развивается психопатический характер, мы вправе говорить о патологическом развитии. Поскольку врожденные и приобретенные психопатии, а также патологические развития не отграничены резко друг от друга, а между ними имеются переходы, то есть достаточно оснований объединить их в одну классификационную группу с подразделениями по клинической форме и по патогенезу.

Психопатии и патологические развития личности мы делим на 4 группы: тормозимые; возбудимые; парабулические; параноические и кверулянты.

Прежде всего можно было бы выделить группу неврозоподобных психопатий и патологических развитий. Это астенические, психастенические и истерические психопатии. По симптоматике они близки к неврастении, неврозу навязчивых состояний и истерическому неврозу, отличаясь от их этиологией, структурой и течением. Дело в том, что "большие невротические синдромы" — неврастенический, истерический и навязчивый — встречаются не только при неврозах и даже не только при психогениях. Например, неврастенический синдром может наблюдаться при следующих заболеваниях:

1. Неврастения — невроз преимущественно психогенной этиологии.

2. Неврастенические (астенические) синдромы не психогенной этиологии при интоксикациях (алкоголь, табак, свинец и др.), при инфекциях (последст-

вия острых инфекций, туберкулез и др.), при эндокринных нарушениях (климактерий, гипертиреоз, эндокринный синдром Блейлера), после травм черепа (травматическая церебрастепия).

3. Астеническая психопатия (конституциональная нервность).

Синдром истерических реакций наблюдается: при истерическом неврозе, при истерическом развитии личности; при истерической психопатии.

Синдром навязчивых состояний мы встречаем: при одноименном неврозе; в рамках истерического невроза или неврастении; при непсихогенных заболеваниях, например при шизофрении.

Мы, однако, воздержались от выделения неврозоподобных психопатий в одну группу и вот почему. Весьма ценно сохранить деление психопатов на возбудимых и тормозимых, которого придерживается Кербиков и другие. Это 2 группы, значительно отличающиеся одна от другой, в то время как представители каждой из них имеют важные черты сходства — возбудимость или тормозимость. Между тем выделение группы неврозоподобных психопатий заставило бы нас объединить тормозимых астеников и психастеников с возбудимыми истериками. Итак первая группа — это тормозимые психопаты, а следующая — возбудимые, куда мы относим истерических психопатов, взрывчатых, неустойчивых и псевдологов. Выделяемая нами третья группа парабулических психопатий и развитий личности включает психопатов с навязчивыми патологическими влечениями (клептоманы, пироманы), и сексуальные перверсии. Наконец, к последней, четвертой группе отнесены не нашедшие себе места в предыдущих группах: параноические (параноидные, подозрительные) психопаты и кверулянты.

Нельзя не согласиться с Кербиковым (1952), когда он говорит, что к психопатам не должны быть отнесены лица, образ поведения которых, пусть даже криминальный, определяется не нарушением у них соотношения нервных процессов и систем, а их взглядами на жизнь, отражающими отсталые свойственные капиталистической надстройке взгляды на семью, на труд, на общество и т.д. Это совершенно верно, но это не дает нам возможности игнорировать эти психопатии, как это получилось у Кебрикова. Понятно, что здесь речь идет о болезненных формах неправильного поведения, которые могут иметь даже субъективно правильную социальную направленность (борьба за справедливость кверулянтов). В других случаях, как при настоящей kleптомании, поведение психопатов не может быть приравнено к воровству психически здоровых людей. Наконец, выделение такой группы психопатических личностей вовсе не определяет их невменяемости перед лицом закона.

Некоторые формы психопатий мы не включали в нашу классификацию. Это относится прежде всего к группе дистимических психопатов. Мы считаем, что гипотомные или конституционально депрессивные

психопаты это те же астеники. Во всяком случае различие между ними не столь велико, чтобы разделять их на разные формы. Что касается гипертимных психопатов с элементами повышенной возбудимости и гипоманиакальности, то все известные мне представители этой разновидности легко укладываются в одну из форм возбудимых психопатов по нашей классификации. Остается сказать о “судьбе” эпилептоидов и шизоидов из классификаций психопатий, основанные на кречмеровской конституциональной типологии. “Эпилептоиды” соответствуют взрывчатым психопатам из нашей классификации. Что касается “шизоидов”, то это либо астеники, ипохондрики и психастеники, то есть тормозимые психопаты, либо параноические психопаты.

Классификацию острых кратковременных реактивных состояний мы считаем достаточным ограничить тремя формами: психогенное возбуждение со спутанностью; патологический аффект; психогенный ступор. Достаточно также трех основных форм для обозначения развернутых реактивных психозов: депрессивная форма; сумеречная форма, (с псевдодеменцией и без); параноидная форма.

К сложным реактивным психозам и полигениям следует отнести индуцированные психозы и психозы при внечерепных ранениях. В классификации должны быть также упомянуты имеющие важное значение психогении и структуре непсихогенных психозов. В целом предлагаемая нами схема выглядит так.

### КЛАССИФИКАЦИЯ ПСИХОГЕНИЙ И ПОГРАНИЧНЫХ СОСТОЯНИЙ.

#### I. Неврозы.

1. Неврастения
2. Истерия
3. Невроз навязчивых состояний

#### II. Психопатии и патологические развития личности.

##### A. Тормозимые

1. Астенические и ипохондрические
2. Психастенические и навязчивые

##### Б. Возбудимые

1. Истерические
2. Взрывчатые
3. Неустойчивые

##### 4. Псевдологи

##### В. Парабулические

1. Навязчивые влечения (клептомания, пироманы)

2. Сексуальные перверсии (гомосексуалисты, садисты, мазохисты, эксгибиционисты, фетишисты).

##### Г. Параноические и кверулянты

#### III. Реактивные психозы

##### A. Кратковременные острые реактивные состояния

1. Психогенное возбуждение со спутанностью
2. Патологический аффект
3. Психогенный ступор

##### Б. Развернутые реактивные психозы

1. Депрессивная форма
2. Сумеречная форма
3. Параноидная форма

##### В. Сложные реактивные психозы и полигении

1. Индуцированные психозы
2. Психозы при внечерепных ранениях

#### IV. Психогении в структуре непсихогенных психозов

1. Психогении при шизофрении
2. Психогении при маниакально-депрессивном психозе
3. Психогении при сосудистых заболеваниях мозга
4. Психогении при инволюционных психозах
5. Психогении при травмах черепа
6. Психогении при эпилепсии



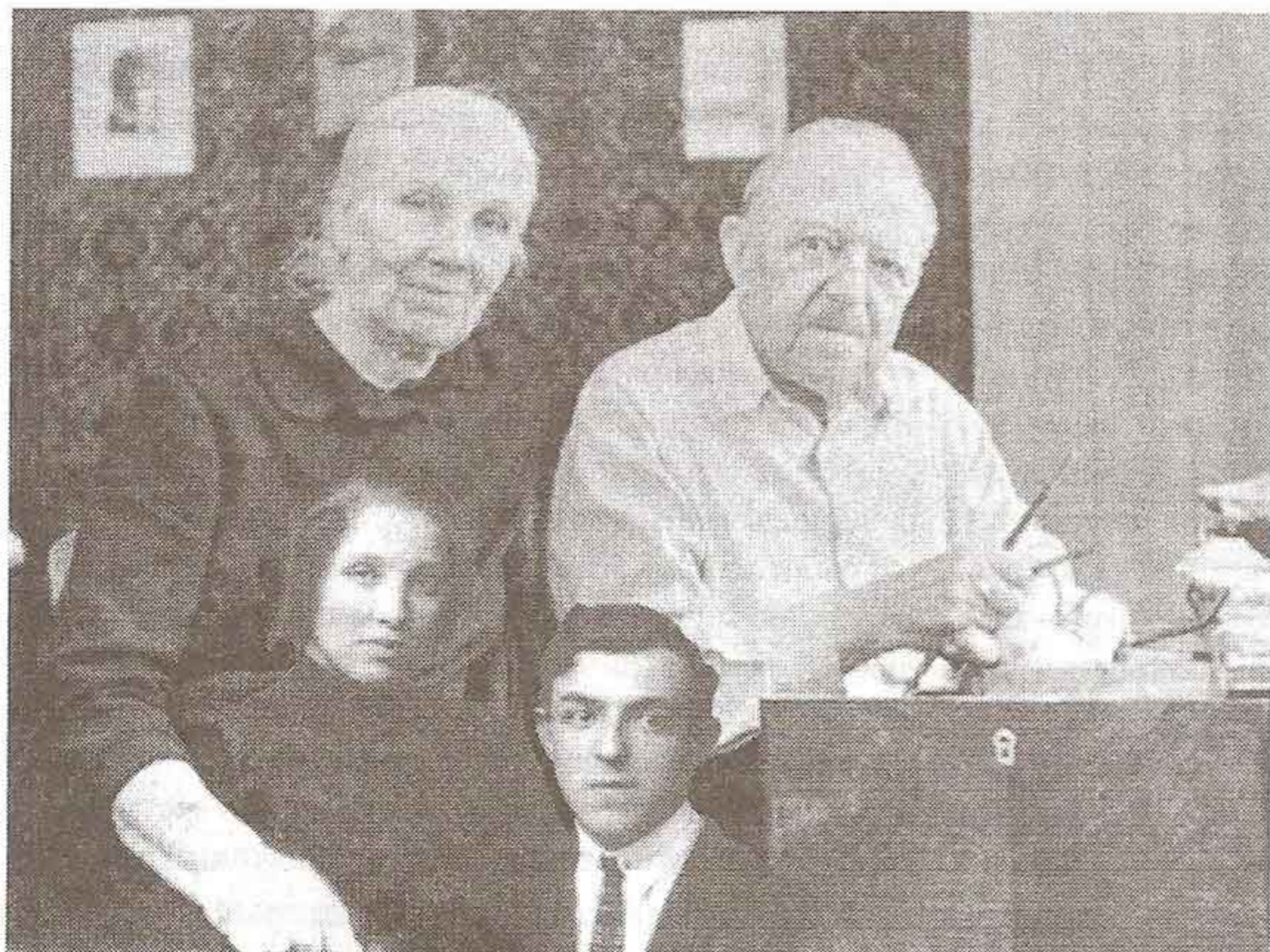
# 10 ЛЕТ БЕЗ АЛЕКСАНДРА ИОСИФОВИЧА РУДЯКОВА И БОРИСА АНДРЕЕВИЧА ПРОТЧЕНКО

Начало правовой деятельности НПА России положили два выдающихся юриста в области психиатрии: практик, в одиночку многие годы ежегодно добивавшийся отмены тридцати-сорока незаконно принятых судебных решений, составлявший до 700 исковых заявлений и принимавший более 2000 человек в год, автор единственного (“для служебного пользования”) методического руководства в советскую эпоху по практике применения законодательства в отношении психически больных, **Александр Иосифович Рудяков (1908 – 1991)**, и ученый, автор более 60 научных работ, кандидат юридических наук, полковник юстиции, сотрудник Всесоюзного НИИ государственного строительства и законодательства Верховного Совета СССР **Борис Андреевич Протченко (1917 – 1990)**. Они и были друзьями, оба сразу вступили в ряды НПА, очень много сделали для Ассоциации, начиная с ее Устава, и оба безвременно оставили нас. Некролог по ним помещен в первом выпуске нашего журнала. Хотя Александру Иосифовичу было 84 года и в отношении его мы говорим “безвременно”, таким ясным, творчески инициативным был его ум и такой молодой отзывчиво щедрая душа.

Современные трудности правового положения психически больных в значительной мере связаны с мизерными окладами юристов в сфере государственной психиатрии.



Борис Андреевич  
Протченко



Матрена Петровна и Александр Иосифович Рудяковы

В период, когда в эпоху становления практики использования нового законодательства нужда в юристах, как никогда прежде и в будущем, велика, официальные оклады выстраивают барьер к налаживанию новой сферы медицинского права. В такие периоды только такие энтузиасты, как Александр Иосифович Рудяков и Борис Андреевич Протченко, могут, в полном смысле этого слова, спасти положение вещей. Мы всегда помним об их вкладе и в их примере черпаем собственные силы.

## Отношение к психическому здоровью как индикатор приоритетов

К 7 апреля 2001 года, объявленному ВОЗ Всемирным днем психического здоровья, был приурочен круглый стол в редакции “Медицинской газеты”, который собрал председателей обоих психиатрических обществ (РОП и НПА России), руководителей ВНЦПЗ (А. С. Тиганов, В. С. Ястребов) и ГНЦССП им. Сербского (Т. Б. Дмитриева), директоров НИИ психиатрии и наркологии (В. Н. Краснов, Н. Н. Иванец) и руководителей двух негосударственных организаций (НПА России и Ассоциации родственников психически больных). Характерно, что представители государственной психиатрии предпочли увести разговор в сторону собственно медицинского профессионализма. Эта совершенно верная позиция, которая объединяет всех нас, при рассмотрении темы психического здоровья является недостаточной. Психическое здоровье — это не психическое нездоровье, это не область исключительно психиатрии, даже медицины в целом. Это область профилактики, то есть вторжения в здоровую жизнь. Здесь наиболее остро сталкиваются интересы личности, общества и государства, и как нигде обнажаются реальные приоритеты.

Всеобщее обязательное вакцинирование — это не принуждение сажать картошку. Каждый человек вправе знать свои индивидуальные риски и имеет право выбора. В нас еще силен дух тоталитарного патернализма, непререкаемого диктата профессионализма, отсутствие реального правового начала в медицине. Между тем, подлинная наука не претендует на последнее слово истины, на стопроцентную достоверность. Тоталитарный патернализм и попустительство — это, на самом деле, одна плоскость. И принципиально другая — научно индивидуально выверенный патернализм и партнерство врача и пациента. Медицина была и останется прикладной дисциплиной, практической антропологией, для которой жизнь, здоровье и благо конкретного больного — высшая ценность. Это верно и для социальной медицины и социальной психиатрии, хотя они и оперируют большими совокупностями людей. К этому пришла и современная социология.

Итак, в проблеме психического здоровья психиатры неизбежно выходят как профессионалы в открытый диалог с правительством, разговор жесткий нелицеприятный, для ответственных государственных служа-

щих неудобный. Мы относимся к этому с пониманием и без предубеждений. Одной из важных общественных функций негосударственных организаций как раз и является восполнять молчание, слабый голос, неверные и недостаточные акценты. Без этого ни социальная медицина, ни медицинское право продуктивно развиваться не могут.

Характерно, что на круглом столе ни о социально-правовой основе психического здоровья, ни о психическом здоровье самих психиатров не говорилось ничего. Более того, фактически ничего не было сказано о последствиях для психического здоровья населения всей страны бесконечной чеченской бойни, СИЗО, тюрем и лагерей, пыток, дедовщины, отношения к детям и старикам, уровня жизни, экологической среды. Но еще более серым и гладко обструганным оказалось то, что появилось на страницах газеты: исчезли все наши критические выпады в адрес правительства за полное невнимание к психическому здоровью. Если тревога за психическое здоровье и звучала последние 7 лет в деятельности государственных ведомств, то она касалась не столько — в полном смысле слова катастрофического — уровня наркотизации и самоубийств, этих двух основных критериев общественного психического здоровья, сколько совершенно надуманного вреда психическому здоровью от нетрадиционных религий и зеркала СМИ. Виноваты чужаки, виновато зеркало...

И хотя было сказано, что данные официальной статистики следует по меньшей мере удваивать в отношении больных алкоголизмом и умножать впятеро в отношении больных наркоманиями (Н. Н. Иванец), и что “в современной России ежегодно происходит 50 – 60 тысяч самоубийств, из которых 2 – 3 тысячи совершают дети и подростки, ... тогда как в 1911 году их было 151 ...” (В. Г. Остроглазов), — это не стало основанием ни для кого из руководителей государственной психиатрической службы повторить сказанное В. П. Сербским на первом съезде Союза русских психиатров по поводу 151 самоубийства: “мы должны сказать прямо и открыто, что нельзя вести людей к одичанию и толкать их к самоубийствам”.

Главный редактор “МГ” А. Полторака, который вел круглый стол, сумел и опубликовать впечатляющую панораму, и допустить представителей негосударст-

венной психиатрии, и дать точное название публикации: “О психическом здоровье должны заботиться не только психиатры” и формулу эпилога: “Редакция “МГ” будет, как и прежде, предоставлять свои полосы ведущим психиатрам в надежде, что мы вместе смо-

жем достучаться до законодательной и исполнительной власти” (“МГ”, 2001, № 25).

Важно, чтобы акции к Всемирному дню психического здоровья не ограничились пиаровскими.

*Ю. С. Савенко*

## 13-Е КЕРБИКОВСКИЕ ЧТЕНИЯ

19 апреля 2001 года в Московской психиатрической больнице № 2 им. О. В. Кербилова — базе Государственного научного центра социальной и судебной психиатрии им. В. П. Сербского — состоялись 13-е Кербиковские чтения, посвященные теме: “Современные проблемы психиатрии и гражданский процесс”. Прозвучавшие доклады освещали и анализировали эту проблему с самых разных сторон: от мифов и фактов об опасности психически больных (Б. В. Шостакович, В. К. и Т. А. Каубиш, М. А. Цивилько с соавт.) до их социальной реабилитации и качества жизни (И. О. Калачева-Кербилова, В. Н. Козырев, Ю. И. Полищук, А. Б. Шмуклер). Три доклада были посвящены посмертной судебно-психиатрической экспертизе в гражданском процессе (Н. В. Бутылина, В. В. Горинов, Т. П. Печерникова). Знаменательным событием чтений стало участие в них впервые представителей НПА России: Ю. Н. Аргуновой (“Право больных на врачебную тайну”) и коллектива экспертной комиссии НПА — В. Г. Батаева, Л. Н. Виноградовой, В. Н. Прокудина, Ю. С. Савенко, Н. В. Спиридоновой и В. Н. Цыгановой, представивших доклад “О состязательности экспертных заключений в гражданском процессе”, заключающий Чтения. Подводя

итоги, председательствующий проф. Б. В. Шостакович выразил удовлетворение, что такой доклад состоялся, и признал, что его тематике — состязательной экспертизе — принадлежит будущее (текст доклада помещен в настоящем выпуске).

Заместитель главного врач ПБ № 2 им. О. В. Кербилова (главный врач Ю. Р. Красковский) В. С. Гребенников показал нам больницу, что дало возможность убедиться в полноценном осуществлении реабилитационных принципов — доброжелательная атмосфера и свежий воздух в отделениях, чистота, опрятность, хорошее питание, удовлетворительные медикаментозные возможности, частичная занятость больных. На территории больницы — в прошлом старинного монастыря — восстанавливается грандиозное здание Храма — воспроизведение Успенского собора Кремля. Со временем это обещает объединение реабилитационных усилий светских и духовных.

Тринадцатые Кербиковские чтения стали первым примером сотрудничества НПА России с одним из наиболее частых объектов ее критики — ГНЦ социальной и судебной психиатрии им. Сербского. Пример, оказавшийся конструктивным и засуживающий продолжения.

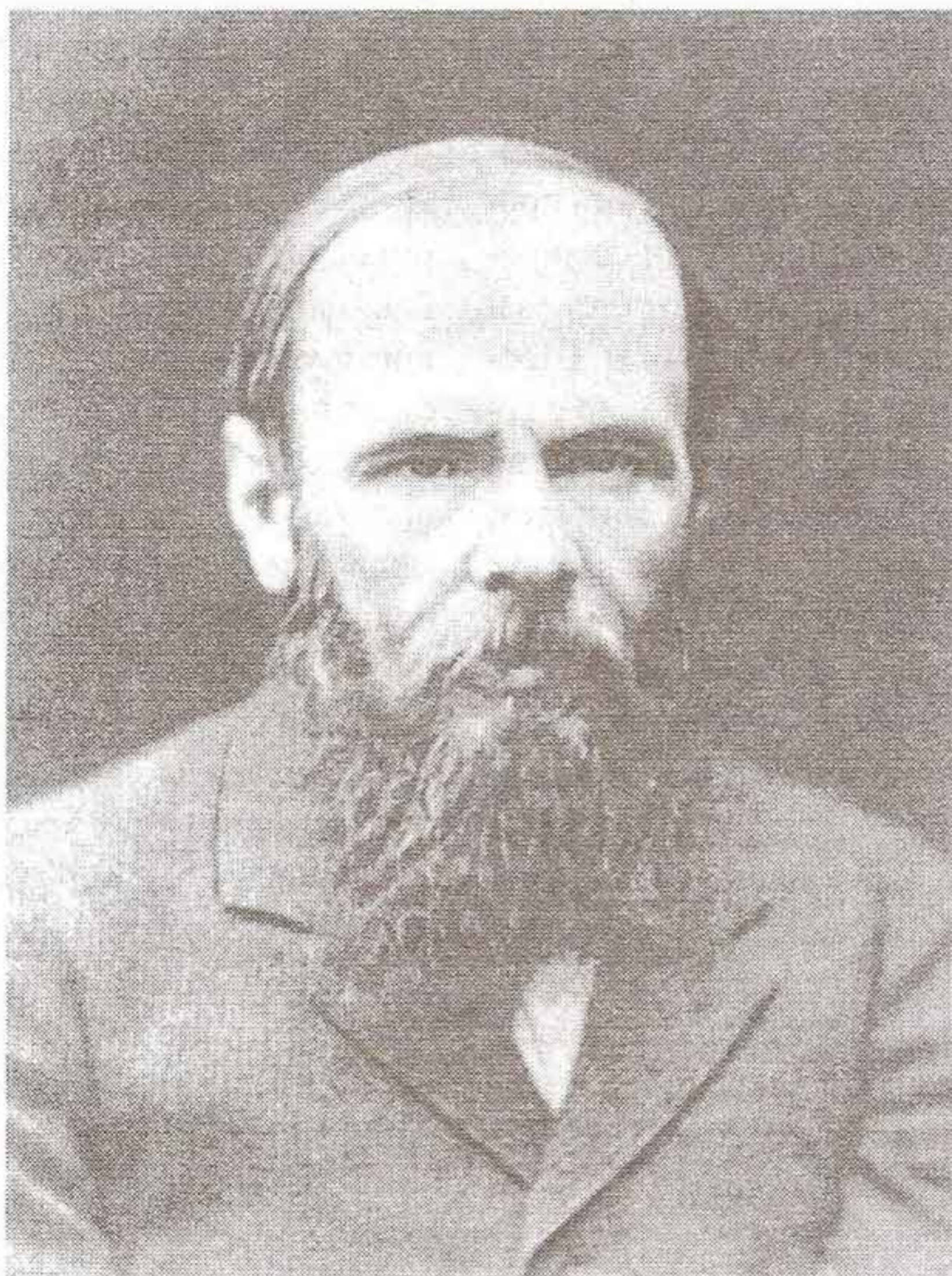
## “Под бурей рока — твердый камень, в волненьях страсти — легкий лист...”

Н. Н. Богданов

Институт высшей нервной деятельности и нейрофизиологии РАН, Москва

Пожалуй, “эпилепсия” является одной из самых стойких ассоциаций, возникающих при имени Федора Михайловича Достоевского. Однако, парадоксальным образом, при существующем в этой области уровне знаний такая ассоциация едва ли не бессодержательна. Правомочен вопрос: а что, собственно, отняла у писателя или, может быть, дала ему эта болезнь — эпилепсия? И надо ли защищать доброе имя Ф. М. Достоевского от “посягательств” психиатров? Здесь нет ясности. О сумбуре мнений свидетельствует существование столь различных устремлений, как попытка локализовать очаг эпилептической активности в мозге писателя, исходя из особенностей клинической картины его заболевания [Николаенко Н. Н., 1996], выбор диагноза, вплоть до самых экзотических, вроде “питуитарной” эпилепсии или аффект-эпилепсии [Сегалин Г. В., 1926] или, наоборот, сбор доказательств, что никакой падучей болезни у него и не было [Моисеева Н. И., 1993, Кузнецов О. Н., 1996]. Все это, конечно, не случайно.

Разумеется, при неразработанности любой проблемы разброс мнений неизбежен. Однако этой разработке мешает давление определенных представлений. Их происхождение связано с учением “о вырождении” основоположника современной психиатрии Бенедикта Августина Мореля. Здесь нет, конечно, необходимости пересказывать все положения этого “учения”. Достаточно лишь отметить, что согласно



Ф. М. Достоевский (1821 – 1881)

ему, эпилепсия оказывается существенным и только что не замыкающим звеном в цепи семейного вырождения, что по Морелю с неизбежностью ведет к появлению бесплодных дегенератов и прекращению рода. К счастью, сейчас есть веские основания сомневаться не только в месте и роли, отведенном Морелем в этом процессе эпилепсии, но и в существовании самого вырождения. А ведь еще совсем недавно, в первой половине XX века в некоторых североамериканских штатах (да и не только там!) предполагалось совершенно невозможным вступление в брак лиц, страдающих этим заболеванием [Волоцкой М. В., 1926; Хорошко В., 1936; Юдин Т., 1929]. Причины этого следует искать не столько в научном авторитете Мореля (который все же велик) и не в тайнах наследственности, сколько в тяжести болезненных проявлений эпилепсии. Правда, они имеют место далеко не всегда и не при всех вариантах ее течения. Неслучайно поэтому в статье Н. И. Моисеевой, выстроенной, надо сказать, психологически очень грамотно, сразу приводится яркое описание драматической картины купирования состояния эпилептического статуса люмбальной пункцией, что должно, кажется, по мысли автора подготовить читателя к выводу о невозможности наличия у знаменитого писателя такого тяжелого заболевания, как эпилепсия. Однако, тяжесть заболевания определяется не только яркостью болезненных проявлений. Считается, например, что малые припад-

ки имеют даже более неблагоприятный прогноз, чем большие. Известно также, что с годами клиника эпилепсии может сглаживаться, но это вовсе не свидетельствует о смягчении патологических процессов, напротив — это следствие нарастания органической патологии в нервной системе.

Вместе с тем, в иных случаях эпилептические проявления являются не причиной, а только следствием другой патологии, которая и определяет жизненный прогноз пораженного этим недугом человека. Давно уже поэтому среди врачей раздаются призывы отделять одни заболевания с эпилептическими припадками от других [Давиденков С. Н., 1947]. Весьма оригинально пытался развить эту тему Г. В. Сегалин (1926), склоняясь к версии о существовании у гениальных людей особой формы заболевания — “аффект-эпилепсии”, по самой своей “природе” не ведущей к деградации личностных качеств. Показательна в этом отношении и мысль в одной из недавних работ: “Что общего между гармонично сложенным, интеллектуально хорошо развитым, социально адаптированным человеком с периодически возникающими эпилептическими припадками и субъектом с задержкой психического развития, патологическим формированием характера и дезадаптивным поведением с раннего возраста, с диспластическим телосложением, аномалиями строения лица, зубочелюстной системы, у которого среди многочисленных симптомов тяжелого психического заболевания отмечаются и эпилептические припадки (иногда довольно редкие)?” [Чудновский В. С., 1993]

Вопрос осложняется тем, что и природа эпилептических приступов до настоящего времени остается не совсем ясной. Имеются основания полагать, что целый ряд процессов при этом заболевании, как бы драматически не выглядели их внешние проявления, является отражением деятельности защитных механизмов мозга, призванных поддерживать оптимальный уровень постоянства его внутреннего состояния и среды [Богданов Н. Н., 1997]. Более того, судороги могут возникнуть практически у любого человека, все дело только в силе и специфике повреждающего воздействия. Конечно, вовсе не обязательно они перерастут в эпилепсию, т.е. будут возникать более или менее регулярно. К сожалению, механизмы эволюции такого патологического процесса не очень ясны. Известно, что иногда даже после очень тяжелых черепно-мозговых травм люди не становятся, все же, эпилептиками. Вместе с тем в экспериментах на животных давно уже известно такое явление, как “киндлинг” — эпилептическая раскачка мозга, формирующаяся практически у любого животного. Несомненно, так же можно “раскачать” и мозг человека, но, разумеется, он — не поле для экспериментов подобного рода. Таким образом, кажущееся очевидным разделение людей на здоровых и эпилептиков, в определенном смысле условность! Гораздо важнее, как

будет развиваться патологический процесс, что при генуинной эпилепсии в очень большой мере определяется адаптивными возможностями организма. Вот только оценка этих возможностей затруднительна!

Хотя записные книжки и письма Ф. М. Достоевского полны упоминаниями о припадках, эпилепсия у него протекала относительно мягко (см., например — [27, 99 – 118]). То, что это была именно эпилепсия, у автора этих строк сомнений не имеется. Подтверждением тому служат, прежде всего, особенности болезненных приступов у писателя, позволяющие достаточно четко атрибутировать их как большие судорожные припадки (*grand mal*) [Кобылинский М., 1927, Юрман Н. А., 1928; Сегалин Г. В., 1926; Сегалов Т. Е., 1929; Чиж В., 1885]. Внешнее проявление большого припадка известно даже далекому от медицины человеку, для которого составляет едва ли не единственный атрибут этой болезни. Описания судорожных припадков у Ф. М. Достоевского со слов современников собраны М. В. Волоцким в специальном, до сих пор не опубликованном исследовании, рукопись хранится в РГАЛИ (фонд 117, опись 1. Единицы хранения 27 – 34). Разумеется, все они сделаны совершенно непрофессионально и, потому, несмотря на интересные детали, приводить их в этой статье не имеет смысла. Мы, впрочем, отдаем себе отчет, что писать по этому вопросу со стопроцентной убежденностью нельзя! Это определяется и тем, что при обращении к личности человека, жившего более 100 лет назад, уточнить или перепроверить что-либо из клинической картины его заболевания невозможно. В распоряжении современного исследователя отсутствуют достоверные описания припадков у писателя, сделанные профессиональными врачами. Анализ электрической активности мозга, без которого диагностика эпилепсии сейчас невозможна, в те времена просто не существовал, представления о связи различных проявлений этого заболевания между собой были весьма смутны и т.д. Но ведь и сейчас врачу, даже вооруженному целым арсеналом специальных методов исследования и теоретическими представлениями, приходится сталкиваться со случаями, когда диагноз поставить очень и очень трудно. Таким образом, эпилепсия (как, впрочем, и всякое другое заболевание) — вероятностный диагноз.

О наличии эпилепсии у писателя свидетельствуют и некоторые признаки его психического склада, согласующиеся с современными представлениями о так называемом “эпилептоидном характере”, и связи последнего с эпилепсией [Портнов В. А., Кантор М. Г., 1970]. Великолепный разбор этого вопроса принадлежит Д. А. Аменицкому (1929). В предисловии к русскому резюме диссертационного исследования Т. Е. Сегалова о болезни писателя он отмечал свойственные Ф. М. Достоевскому беспричинные смены настроения, крайнюю раздражительность, придиричивость, обидчивость, подозрительность, осо-

бенно выраженные в периоды перед припадками или после них. Вместе с тем у писателя наблюдались и состояния чрезмерной экзальтированности, восторженности, мало соответствующие объективной реальности его жизни, “особого рода эгоцентризм, аффективная окраска всего мышления, постоянная близость всех суждений к его интимному “я”, к близко затрагивающим и волнующим его вопросам и тревогам, особая прилипчивость к этим вопросам и к воспоминаниям, связанным с моментами личных переживаний, переоценка многих мелочей с аффективным на них ударением”. Обращают внимание и “элементы с одной стороны, болезненного самолюбия и самонадеянности с резкими выпадами против несимпатичных ему лиц и с другой — склонность к самобичеванию, самоумалению. Большая ипохондричность и мнительность, прислушивание к разным физическим ощущениям, стремление без нужды посвящать лиц даже не близких в характер и симптомы своей болезни и наряду с этим необыкновенная страстность, широкий размах, склонность к тратам, стремление доходить до последней черты”.

Очень ценными в нашем рассмотрении эпилепсии оказываются сведения о родственниках писателя, собранные в блестящей по замыслу и богатству материала книге М. В. Волоцкого “Хроника рода Достоевского” (1933). Согласно им, род Достоевского вполне обоснованно можно считать “эпилептическим”. Признаки эпилептоидных черт характера прослеживаются здесь чуть ли не с XVI века! Очевидно, что предки писателя были людьми сильных страстей, неукратимого, подчас дикого темперамента. Так, например один из них — Щастный Достоевский обвинялся вместе с сыновьями как соучастник убийства, а его дети, кроме того, — Андрей в разорении местечка Острожец и насилии над его жителями, а Абрам — в погромах хлебов. Их отдаленный родственник Филипп Достоевский известен своими бесчинствами над крестьянами в селе Гриве и проч. [Волоцкой М. В., 1933, с. 38 – 40]. Достаточно близким к этой атмосфере оказывается образ отца Ф. М. Достоевского — Михаила Андреевича, известного своей вспыльчивостью, подозрительностью, скупостью, мелочностью. Так например, в ссоре с братом своей жены он, в ответ на неуважительную реплику последнего, ударил его по лицу. По одной из версий М. А. Достоевский был убит своими крепостными за жестокое обращение с ними [Волоцкой М. В., 1933, с. 47 – 60]. Нет, конечно, оснований выписывать облик отца писателя одними только черным красками. По сведениям, собранным исследователем биографии Ф. М. Достоевского Г. А. Федоровым (1988), этот человек предстает как рачительный и мудрый глава семейства. И, вдумавшись, ведь на протяжении многих лет он вынужден был поддерживать семейство, занимаясь частной практикой — видом деятельности, где врач всецело зависит от числа (а, следовательно, — и расположения) своих

пациентов. Ни о какой вспыльчивости и гневливости, тем более о чем-то большем, здесь, конечно, не могло быть и речи! Совершенно напротив, приходилось быть и любезным, и терпимым, и внимательным. В таком случае, “разрядки”, происходившие дома едва ли не извинительны. Главное, однако, не в этом. Каким бы ни был психологический склад личности отца писателя, этому человеку принадлежит заслуга переезда в Москву, в результате чего резко изменилась семейная атмосфера. Дети М. А. Достоевского смогли прикоснуться к лучшим достижениям Российской культуры, получили приличное образование. Вместе с тем, не будет большим преувеличением сказать, что родственники отца писателя, оставшиеся на Брацлавщине — подольская ветвь рода Достоевских, просто прозябали чуть ли не в нищете и невежестве. Так, по архивным изысканиям автора этих строк (ГА РФ, ф. 102, ДП-7, № 146, 1896, листы 317 – 318), О. И. Черняк (Войнарская) — двоюродная сестра писателя — была неграмотной!

Прямых указаний на падающую болезнь у далеких предков писателя не имеется, но следует учитывать, что, во-первых, до нас дошли имена наиболее известных своими делами, а, следовательно, в определенной мере, и более здоровых людей; во-вторых, самый уровень медицинских знаний того времени не позволял многие проявления эпилепсии, например — малые припадки (*petit mal*), связывать с этим заболеванием. Более того, в силу своих проявлений они могли оставаться просто незамеченными! В связи с этим весьма любопытно, что малые припадки весьма красноречиво описаны Ф. М. Достоевским у некоторых персонажей его произведений, например у Смердякова из романа “Братья Карамазовы”: “А между тем он иногда в доме же, аль хоть на дворе, или на улице, случалось, останавливался, задумывался и стоял так по десятку даже минут” (для абсанса это, конечно, очень много, но, скорее всего, здесь имеет место некоторое художественное преувеличение — Н. Б.). “Физиономист, взглядевшись в него, сказал бы, что тут ни думы, ни мысли нет, а так какое-то созерцание.... А спросили бы его, о чем он стоял и думал, то наверное бы ничего и не припомнил” [14, 116 – 117]. Эта картина свидетельствует о пристальном интересе писателя к “друзьям по несчастью”, у которых только он и мог подсмотреть столь характерные феномены. Показательно, что Ф. М. Достоевский осмысляет их неверно, совершенно напрасно отсылая читателя к картине Крамского. Любопытным в этом контексте представляется и следующее место в дневниках жены писателя: “я ночью (во время поездки по железной дороге — Н. Б.) впадала в какую-то “опасную задумчивость” (по выражению Феди)”. Закономерен вопрос: а почему Ф. М. Достоевский назвал задумчивость “опасной”? Не потому ли, что иногда верно угадывал в ней проявления именно эпилепсии, и это очень тревожило его?

Согласно теории Мореля род Достоевских, как эпилептический, давно должен бы был выродиться. А ведь ничего подобного не произошло, хотя эпилептические знаки присутствовали и едва ли не во всех “вливающихся” родах. Так, весьма отчетливо они отмечаются, в частности, по линии матери писателя Марии Федоровны, урожденной Нечаевой, или его второй жены Анны Григорьевны, урожденной Сниткиной. Интересно, что муж сестры писателя Варвары Михайловны — Петр Андреевич Карепин также был эпилептиком [Волоцкой М. В., 1933]. Кажется, и возлюбленная Федора Михайловича Апполинария Сулова обнаруживает черты эпилептического характера [Долинин А., 1924]. Объяснение этой картине следует искать в так называемой “ассортативности браков”. Дело в том, что брачные союзы между эпилептиками, благодаря сходству характеров, заключаются чаще, чем это было бы при случайном подборе (явление в медицине известное и проявляющееся, например, также в отношении роста, цвета кожи и т.д.). В таком случае, генотип эпилептических семей может все время обогащаться генами неблагоприятных в этом отношении признаков, что, в свою очередь, должно вести к резкому возрастанию риска возникновения заболевания или тяжести его течения, если оно проявилось. Вот, казалось бы, и биологическая база для путей вырождения, утверждаемых Бенедиктом Морелем еще в середине XIX века. Почему же вырождения нет, что видно не только в роду Достоевских, но и на примере других многочисленных семейств, поскольку эпилепсия является весьма распространенным заболеванием?

Вероятно, в эпилептических семьях, под воздействием отбора на выживаемость, идут процессы, препятствующие “вырождению”. Одним из проявлений этого может считаться повышенная частота рождения близнецов. На этот феномен указал в свое время еще К. Conrad (1935) По данным М. В. Волоцкого, уточненным и дополненным нами, примерно на 161 роды в семье писателя, от поколения его родителей до поколения правнука — Д. А. Достоевского, отмечается 6 пар близнецов (главным образом — разнополых). Это составляет приблизительно 3,7 %, в то время как в Европейских странах и России в этот период близнецов рождалось всего около 1 %. [Энциклопед. словарь издательства Брокгауз-Эфрон, т. 4, с. 83; Фридрих В., 1985]. Вероятно, этот процесс должен в какой-то мере компенсировать высокую детскую смертность, отмечаемую в таких родах.

По тем же законам идет параллельное накопление черт организма, препятствующих развитию эпилепсии или, по крайней мере, смягчающих тяжесть ее течения. Многие из этих черт еще не известны, но к числу их, по-видимому, можно отнести большую массу мозга. В пользу такого допущения говорят результаты исследований в области экспериментальной патофизиологии [Богданов Н. Н., 1997]. Именно этим от-

бором, возможно, определяется описанное еще С. П. Чернышевым (1911) некоторое преобладание над средним уровнем массы мозга у эпилептиков. Особенности этого показателя организации нервной системы у людей подверженных эпилепсии подробно рассмотрены П. И. Ковалевским (1898). Согласно собранной им информации, различные исследователи констатировали не только увеличение, но и уменьшение средней массы мозга у пораженных этим недугом по сравнению с другими людьми. Очевидно, это зависело от возраста больных в момент произведения исследования. У умерших в более старшем возрасте, в связи с большей доброкачественностью течения заболевания, масса мозга могла быть выше популяционной нормы, у умерших более молодыми, в связи с обратными закономерностями — ниже. По сообщению П. А. Минакова (1900), мозг Германа Гельмгольца, как известно, страдавшего эпилепсией, несколько превосходил средний уровень. Имеются свидетельства и об эпилепсии у Джорджа Байрона [Сегалин Г. В., 1926], обладавшего очень тяжелым мозгом (около 1 кг 800 г) [Раубер А., 1911]. Подчеркнем, что и Гельмголец, и Байрон реализовались как выдающиеся деятели науки и культуры, чего, конечно, не могло бы быть при тяжело протекающей эпилепсии.

Упоминание массы человеческого мозга заставляет вспомнить и Ивана Сергеевича Тургенева. Действительно, в списках гениальных людей, масса мозга которых нам известна, его имя стоит первым. Мозг этого человека весил 2 кг 12 г, что почти на 200 г больше, чем у Жоржа Кювье, ближайшего к нему в цитируемых списках и более чем на 600 г превышает средний уровень, составляющий по различным сообщениям около 1 кг 400 г (см. протокол вскрытия тела И. С. Тургенева [Новое время, 16(28) окт. 1883 г.]). Конечно, И. С. Тургенев отличался высоким ростом — 1 м 92 см (указание Л. А. Балыковой), а масса мозга, как известно, прямо связана с общими размерами тела. Однако, мозг В. В. Маяковского, рост которого был практически таким же (1 м 91 см, указание М. А. Немировой), весил всего 1700 г [Боголепова И. Н., 1993]. А ведь он умер молодым человеком, и его мозг не подвергся возрастным изменениям, как это несомненно было у И. С. Тургенева, длительное время страдавшим, к тому же, тяжелым хроническим заболеванием, приведшим к кахексии организма. На массу этого органа мог повлиять и его отек, но никаких данных об этом в протоколе вскрытия не имеется. Таким образом, объяснение такому феномену следует искать в иных закономерностях.

Разумеется, масса мозга является весьма грубым признаком организации центральной нервной системы человека. Гораздо более перспективными в этом направлении представляются возможности дерматоглифических исследований, позволяющих оценить куда более тонкие характеристики мозга человека и, кроме того, получить информацию о резервных возможностях

человеческого организма. К сожалению, рассмотрение этого вопроса далеко вывело бы нас за рамки статьи (подробнее об этом см. — Богданов Н. Н. (1997); Богданов Н. Н., Абрамова Т. Ф. (1998)). К тому же мы не располагаем данными о характере дерматоглифической картины рук Ф. М. Достоевского. До нас дошел слепок кисти левой руки И. С. Тургенева, однако, волярный рельеф на нем практически не прослеживается (благодарим Т. Ю. Соболя — хранительницу фонда писателя в Государственном литературном музее за любезно предоставленную возможность ознакомиться с материалом). В какой-то мере подтверждением этой гипотезы являются единственно доступные нам сведения о правнуке писателя Д. А. Достоевском, волярный рельеф которого представлен пятью циркулярными узорами и пятью ульнарными петлями на пальцах, что характеризует его как весьма устойчивого к судорожным влияниям человека.

Возможно, некоторый свет на рассматриваемые здесь феномены проливают генеалогические исследования в роду Тургенева. Большой интерес в связи с этим представляют родственники писателя по линии его матери — Варвары Петровны, урожденной Лутовиновой. Сведений о них очень мало, но и того, что известно, достаточно, чтобы считать и этот род “эпилептическим”. И у самой Варвары Петровны, и у ее дядей — Ивана и Алексея, теток Аграфены и Елизаветы и особенно отца — Петра Ивановича Лутовинова отчетливо прослеживаются упрямство, гневливость, конфликтность, жестокость, злобность, мстительность, обидчивость, мрачность, необузданные страсти, аккуратность, педантичность, скупость, сменяющаяся вдруг щедростью и т.д. — то есть те самые качества, что составляют “эпилептоидный характер” с его специфическим сочетанием описанных выше эксплозивных и глишироидных черт, определяющих амбивалентность и своеобразную гиперсоциальность эпилептоидов. Иллюстрируя приведенную характеристику, можно указать на знаменитый погром “однородцев”, учиненный П. И. Лутовиновым, избивание его младшими братьями священника села Богоявленского, садистическое обращение с крепостными А. И. Лутовиновой-Шеншиной, снискавшей славу “второй Салтычихи”, роман И. И. Лутовинова с сестрой Дарьей, описанный в завуалированной форме И. С. Тургеневым в рассказе “Три портрета” и т.д. [Богданов Б. В., 1969; 1977; Крестова Л., 1923; Плессо Г. И., 1928; Чернов Н., 1968; 1970]. Интересные сведения можно почерпнуть в записках Г. Р. Державина, бывшего однополчанина Петра и Алексея Лутовиновых. Как перекликаются эти впечатления с характеристикой рода Достоевских по сведениям, собранным М. В. Волоцким! Вместе с тем, многие из представителей этого рода интересны не только своим ярким колоритом. Имеются основания полагать, что писательский талант И. С. Тургенева “перешел” к нему от родственников по материнской линии. Как

известно, Варвара Петровна была не чужда литературных интересов и некоторым образом даже поддерживала сына в его писательских начинаниях. Возможно, какими-то литературными способностями обладал И. И. Лутовинов. В усадьбе Спасское-Лутовиново имеется надгробие над могилой гувернера Николая Э. Дефферена с дилетантской стихотворной эпитафией, написанной (или только заказанной?) неким “Лутовином” [Мурье Ж., 1900; Богданов Б. В., 1969]. Не был ли ее автором сам Иван Иванович? Н. М. Чернов считает наиболее “культурным” человеком в семье А. И. Лутовинова, единственного, кто побывал в “заграничных” походах, видел Европу. Во всяком случае известна своим богатством библиотека усадьбы, а также коллекция музыкальных инструментов, собранные им и его братьями. Имеются свидетельства, что Лутовиновы были страстными театрами [Мурье Ж., 1900; Чернов Н. М., 1968; 1970; Проц Е. В., 1990].

Проблема наследования способностей сама по себе интригующая. Обращаясь к ней, мы почти всегда устремляемся по следам фамилии. Передаваемая по прямой линии от отца к сыну, в области генетики она имеет параллель с Y-хромосомой, как известно, определяющей развитие организма по мужскому типу. Однако эта хромосома является одной из самых маленьких в хромосомном наборе человека и так плотно упакована, что считывание с нее информации по-видимому весьма незначительно. Возможно, именно поэтому до сих пор не выявлено ни одного признака организма, за исключением, естественно, прямо связанных с полом, которые можно было бы рассматривать в связи с этой хромосомой. В тоже время от матери сыну передается огромная X-хромосома, прямо-таки “напичканная” генами всевозможных признаков. Неслучайно поэтому сыновья так похожи на матерей и даже больше того: за спиной чуть ни каждого реализовавшегося таланта отчетливо различима замечательная личность его матери. Вспомним, кроме уже упомянутых, Максимилиана Волошина и Елену Оттобальдовну, урожденную Глазер, Николая Апухтина и Марию Андреевну, урожденную Желябужскую. Как много значили родственники матери для М. Ю. Лермонтова или А. А. Блока. По материнской линии В. Д. Поленов приходился прямым потомком Н. А. Львову, а И. В. Гете — Лукаса Кранаха Старшего. Разумеется, от отца передаются еще 22 других, так называемых аутомсомных хромосомы, но процессы регуляции генной активности очень сложны, и кто знает, может быть в X-хромосоме мужчины находятся еще и факторы, ответственные за общую регуляцию считывания наследственной информации.

Возвращаясь к В. П. Тургеневой отметим ее портрет с характерной асимметрией лица, определяемой, по-видимому, нерезким перетягиванием одной носогубной складки. Этот внешний признак патологии черепно-мозговых нервов до такой степени характерен для клиники эпилепсии, что у чукчей дух этой болез-



ни даже изображался с перекошенным “лицом” [Богарз В. Г., 1939]. Необыкновенный блеск глаз матери писателя неоднократно отмечался мемуаристами, например — ее внебрачной дочерью Варварой Николаевной Богданович-Лутовиновой, в замужестве Житовой, или Ольгой Аргамаковой. Не воспринимался ли так тускловатый, “оловянный” блеск глаз эпилептика, известных в клинике нервных и психических болезней под названием “глаза Васнецова”? Письма В. П. Тургеневой к сыну также не лишены несколько давящих подробностей, столь присущих эпистолярной продукции эпилептоидов. [РНБ, фонд Тургенева (ф.795, опись 91 и др.)]. Известно, как изобиловала ими переписка Ф. М. Достоевского и его родственников, в том числе и родителей.

Чрезвычайно важными в контексте рассматриваемой темы оказываются свидетельства, что родной брат И. С. Тургенева — Сергей, умерший в молодости [Клеман М. К., 1934], страдал эпилепсией. По-видимому, эта тема была в семействе Тургеневых запретной, и сведения здесь скудны. Об эпилепсии у младшего брата писателя упоминают бывший крепостной Лутовиновых Федот Бизюкин и хорошо осведомленная о многих подробностях их быта В. Колонтаева. В письме матери от 14.03.1839 к Ивану Сергеевичу Сергей просто назван “уродом”. К сожалению, никаких достоверных изображений этого человека не сохранилось. Нет оснований видеть Сергея в каких-то из детских портретов Ивана. Не исключено, правда, что его описание существует где-то на страницах произведений И. С. Тургенева. Еще Жюль Мурье обратил внимание на следующее место в повести “Гамлет Щигровского уезда”, написанной в 1848 году: “был какой-то братишка заваливший, с аглицкой болезнью на затылке (*рахитом* — Н. Б.), да что-то больно скоро умер” [3, 261]

В свое время В. Ф. Чижу, автору известного исследования “Тургенев как психопатолог” (1899) показали достойными внимания некоторые черты молодого человека — Миши Полтева в рассказе “Отчаянный”: “крупные белые зубы”, “несколько выпуклые влажные глаза”, “розовое свежее лицо”, сразу атрибутированные исследователем как признаки “вырождения”. Сейчас, конечно, это может вызвать только недоумение. Достояна внимания, правда в несколько другом контексте, лишь “потрясающая выносливость” (об этом будет речь ниже). Известно, что прототипом героя был двоюродный брат писателя — Михаил Алексеевич Тургенев. Имеются свидетельства, что отец последнего — Алексей Николаевич Тургенев страдал эпилепсией [Алексина Р. М., 1972]. Вот, как характеризует его сам писатель в конспекте повести “Отчаянный”: “богобоязненный, истовый, обрядный и в падучей болезни” [10, 380]. В рукописном фонде РНБ сохранились два письма А. Н. Тургенева (ф. 795, оп. 88, 100) к племяннику — яркий образец и по почерку, и по стилю эпистолярной продукции эпи-

лептиков. Об отце писателя Сергее Николаевиче известно очень мало. Кажется, есть все основания считать его личностью незаурядной. К интересующей нас области относятся лишь свидетельства о его необыкновенной вспыльчивости и своеволии. Таким образом, поколение родителей И. С. Тургенева также подтверждает явление брачной ассортативности среди эпилептиков и эпилептоидов.

В параллель младшему брату Ивана Сергеевича Тургенева Сергею просится младший сын Федора Михайловича Достоевского — Алеша. Известно, что приступ эпилепсии, бурно развившийся у него в возрасте всего 2,5 лет, трагически быстро привел к летальному исходу [Волоцкой М. В., 1933, с. 148 – 151]. Кажется, никаких грубых уродств или интеллектуальной недостаточности у этого ребенка не наблюдалось. Качество публикаций портретов Алеши очень низко, на фотографии из коллекции М. В. Волоцкого, хранящейся в РГАЛИ отчетливо просматриваются признаки гидроцефалии. Дочь писателя Любовь Федоровна тоже указывает в своих воспоминаниях на одну особенность, неправильную, “треугольную” форму лба (цитируется по: Волоцкой М. В., 1933, с. 148). Как бы то ни было, в лице этих двух детей — Сергея Тургенева и Алеши Достоевского (сюда же, по-видимому, следует отнести и сына Андрея Михайловича Достоевского — Ваню) можно видеть вероятно достаточно типичное для эпилептических семей выщепление конституциональных форм, при которых организация нервной системы не смогла воспрепятствовать, а, возможно, и явилась причиной для проявления эпилепсии в столь тяжелой форме. Скорее всего такие случаи не единичны, но в связи с ранней смертностью в детском возрасте мы ничего или почти ничего о них не знаем. По данным М. В. Волоцкого (1933), среди 199 родственников Ф. М. Достоевского, начиная от поколения его братьев и сестер 34 (17 %) умерли в младенчестве. Детская смертность в европейской части России в то время составляла около 0,1 % (Энциклопедический словарь издательства Брокгауз-Эфрон, т.50 А, с. 511). Что же касается И. С. Тургенева, то его родословие достаточно слабо разработано. Известно, что в ранней молодости скончался его брат Сергей, очень мало прожили дети другого брата — Николая [Житова В. Н., 1961] и др.

В часовне-усыпальнице Спасского-Лутовинова имелась надгробная плита, свидетельствующая о захоронении там Иваном Лутовиновым какого-то ребенка, “другом матери” которого он был [Мурье Ж., 1900]. Распространено мнение, что это могила сына (Н. М. Чернов называет его Иваном) Ивана Ивановича и его родной сестры (!) Дарьи Лутовиновой. Глухие предания о их романе отразились в рассказе “Три портрета”. Близкородственный “брак” в этом случае вполне мог способствовать выщеплению фенотипа с такими особенностями морфо-физиологической организации, при которых эпилепсия прояви-

лась бы настолько тяжело, что организм оказался бы нежизнеспособным.

Совсем недавно стало известным так и не отправленное при жизни письмо А. Г. Достоевской дочери от 26 января 1899 года, сообщающее об эпилептических припадках у последней (см. “Знамя”, 1996, № 11, с. 178 – 182). Их описание сделано не очень конкретно, но позволяет, все же, предположительно характеризовать эти припадки как абортивные в так называемой “эпилепсии сна”, что нередко отмечается в дебюте заболевания. Имеются указания и на необычные состояния, похожие на малые припадки — абсансы.

Таким образом, семейная и родовая атмосфера Достоевского и Тургенева весьма близки. Особенности этой атмосферы даже позволили в свое время М. В. Волоцкому говорить о некоем *spiritus familiaris* рода Достоевского, окрашенного атмосферой эпилепсии. Быть может подобная же атмосфера в семье заставила в свою очередь и И. С. Тургенева в рассказе “Отчаянный” обронить грустную фразу: “это (*падучая* — Н. Б.) тоже старозаветная дворянская болезнь”, а также, подобно Ф. М. Достоевскому, позволила ему отразить на страницах своих произведений некоторые аспекты психопатологии, столь пленившие в свое время В. Ф. Чижю. Отраженные впечатления могли быть получены в семейной обстановке его матери — Варвары Петровны или дяди — А. Н. Тургенева, довольно часто гостившего в Спасском-Лутовинове (см. переписку В. П. Тургеневой с сыновьями). Кстати, слепяще яркие своей эпилептоидной окраской персонажи на страницах Тургенева и, тем более, Достоевского весьма многочисленны. Вспомним, кроме Миши Полтева, хотя бы, Лучинова или старика Лаврецкого у первого и Парфена Рогожина, Свидригайлова, Федора Карамазова или Настасью Филипповну у второго! Старик Мурин, князь Мышкин и Смердяков и вовсе были эпилептиками. И если первый персонаж Достоевского, как психопатологический тип, не представляет особенного интереса, то образы двух других являются блестящими описаниями внешнего и внутреннего облика эпилептиков, созданными задолго до разработки этой проблемы в клинической психиатрии. К великолепному анализу образа князя Мышкина, выполненному Д. А. Аменицким (1934) мы и отсылаем читателя. Крайне интересным представляется его наблюдение о сходстве портретных черт этого, без сомнения любимого создания писателя, с самим автором. На такое сходство указывала и вдова писателя.

Чрезвычайно ярким для характеристики внутреннего мира эпилептика представляется следующее место в одном из последних монологов Кириллова в романе “Бесы”: “Есть секунды, их всего зараз проходит пять или шесть, и вы вдруг чувствуете присутствие вечной гармонии, совершенно достигнутой. Это не земное... Всего страшнее, что так ужасно ясно и такая радость. Если более пяти секунд — то душа не вы-

держит и должна исчезнуть. В эти пять секунд я проживаю жизнь и за них отдаю всю мою жизнь...” [10, 450]. Характерен и сразу же последовавший вопрос Шатова: “У вас нет падучей?” И хотя Кириллов утверждает, что в этом отношении он здоров, согласимся с мнением Н. Н. Баженова, что эпилепсия уже “поселилась” в этом человеке. Несомненно, такое мог написать только тот, кто сам пережил. Интересна в этом смысле эволюция писателя от образа Мурина к Мышкину и Смердякову. Отмеченные примеры включаются в сложную мозаику как великолепных образцов описания болезненных состояний, так и грубых ошибок в этой области, заполнившую страницы произведений Ф. М. Достоевского, но разумеется, никак не позволяющую глобально оценивать его творчество только с этих позиций. Совершенно очевидно, что все они так или иначе переосмысливались автором и использовались только в случае художественной оправданности. Так, например, психиатр никак не может принять финал заболевания князя Мышкина — остро развившееся отупение, однако любые изменения здесь в целях большего соответствия реальности неизбежно ослабили бы финал самого романа, лишив его ярчайшей трагической ноты

У И. С. Тургенева никаких признаков эпилепсии или эпилептоидных черт характера не отмечается, ну разве что, склонность к порядку. Более того, современники неоднократно отмечали его колоссальную выдержку. Припадки, и личностные проявления, бывшие у Ф. М. Достоевского [Аменицкий Д. А., 1929; Юрман Н. А., 1928], наложили отпечаток на его творчество. Интересно, что у И. С. Тургенева падучая болезнь упоминается всего лишь два раза — в повестях “Странная история” (1869) и “Отчаянный” (1881) [Марканова Ф. А., 1968]. Можно добавить сюда и конспект “Новой повести”, писавшейся во второй половине 70-х годов. У Ф. М. Достоевского падучая болезнь и эпилепсия встречаются на страницах художественных текстов целых 62 раза и еще 82 раза на страницах писем, записных книжек и в “Дневниках писателя” (указание Б. Н. Тихомирова). Разумеется, это неслучайно. В рассматриваемом аспекте весьма интересна и характерная черта творческой манеры Ф. М. Достоевского — использование уменьшительных слов в образовании имен и фамилий героев от Ползункова до Коли Красоткина. Кстати, в Московской телефонной книге за 1993, содержащей более 2 млн 800 тыс фамилий абонентов, нет ни одного Мизинчикова, Сеточкина или Лебядкина. Фамилия Девушкина встречается пять раз, а Красоткина целых четырнадцать. В свое время Н. Е. Осипов (1929) при разборе Голядкина высказал мнение, что фамилия героя содержит ласкательные и пренебрежительные тенденции. Автор как бы одновременно жалеет созданный им персонаж и издевается над ним. Надо сказать, такое отношение к другим людям весьма характерно для эпилептиков.

Теперь уже можно считать твердо установившимся мнение, что никакое нервное или психическое заболевание никому еще не принесло таланта. Известны лишь случаи, по счастью редкие, когда талант “захлебнулся в пучине психоза” (Батюшков, Врубель, Комаровский). Это конечно не отрицает весьма сложной и запутанной связи между отдельными проявлениями гениальности и психопатологии, но реализовавшийся талант так далеко отстоит от болезни, что даже может рассматриваться как противоположный полюс в этой проблеме! В обстоятельном и не утрачившем и сейчас своего значения труде П. И. Карпова (1926) о творчестве душевнобольных показано, что некоторые черты мышления страдающих психическими заболеваниями и гениальных людей близки. Ярким примером может служить способность к обобщению по недостаточному количеству признаков, отмечаемая у больных в гипоманиакальном состоянии и составляющая важную особенность восприятия окружающего мира гениальными личностями. У тех и других отмечается и такой специфический феномен, как “сверхценные” идеи. Нестандартности в мышлении одержимых психическим недугом хоть отбавляй. Но ведь “гениальную идею” мало только предложить, ее нужно еще и реализовать! А для этого уже потребуются такие возможности для преодоления (но отнюдь не пробивания лбом) всех преград так называемой “обыденной жизни”, которыми психически больной человек совершенно не обладает. Беспомощность страдающих психическими заболеваниями за пределами мест специального призрения совершенно очевидна всякому, кто хоть раз с ними сталкивался. Не следует только терять понимание этой беспомощности за некоторыми особенностями поведения больных, как например, при паранойальном бреде, где своеобразный волевой настрой маскирует эту беспомощность только внешне.

Итак, есть все основания считать, что у Достоевского была именно генуинная эпилепсия. Однако, несмотря на все тяготы болезни, организм писателя вынес и ужасы сибирского заточения, и тяготы последующей жизни, ставшей в полном смысле этого слова “возрождением”. До старости сохранил он, по свидетельству А. Г. Достоевской, “свои умственные и нравственные силы”. С этим же, по-видимому, связано наблюдение И. О. Нарбутовича о способности Ф. М. Достоевского писать по 30 – 40 страниц кряду таким образом, что первая и последняя буквы “оказывались совершенно одинаковыми” [Павловские клинические среды, т. 1, с. 245]. И сколь же высок должен быть общий художественный уровень произведений, чтобы читатель мог простить автору все погрешности плана и стиля. А ведь Достоевский является одним из самых читаемых писателей в мире!

Да и не только болезнь тяготила писателя. Не будет, наверное, преувеличением назвать атмосферу жизни едва ли не любой творческой личности такого

масштаба своеобразным “адам”. Сколько надо вынести обид из-за непонимания, неприятия, зависти, равнодушия и т.п. этих пресловутых “современников” и не изменить себе. Возможно, эпилептическая семья с ее постоянным отбором на выносливость к таким тяжелым болезненным проявлениям, как судороги и оказывается той специфической “лабораторией”, той “ретортой”, где в постоянном взаимодействии биологических процессов, как в некоем “кипении страстей” создаются столь выносливые организмы.

В связи с вышесказанным не кажется столь уж удивительным, что эпилептоидные черты характера обнаруживаются и у Ивана Гончарова, и у Александра Островского, и у Николая Лескова. В биографии последнего прослеживается интересная параллель с Ф. М. Достоевским. Известно, что отец Н. С. Лескова — Семен Дмитриевич молодым человеком, как и отец Ф. М. Достоевского, покинул дом после ссоры с родителем из-за нежелания “идти в попы” по окончании семинарии. Мать писателя — Мария Петровна, урожденная Алферьева по складу своей психики весьма напоминает мать И. С. Тургенева — Варвару Петровну [Лесков А. Н., 1984]. Лев Николаевич Толстой страдал эпилепсией в клинической форме. Картина припадков была стертой, но мы мало знаем о годах его молодости [Сегалин Г. В., 1926]. Фантазия этого писателя породила таких ярких эпилептоидных типов, как Платон Каратаев или отец Сергей. Интересно, что отцом его жены — Софьи Андреевны был Андрей Евстафьевич Берс — личный врач матери Ивана Сергеевича Тургенева — Варвары Петровны и отец ее внебрачной дочери В. Н. Богданович-Лутовиновой (ассортативность эпилептических браков!). Правда, Н. М. Чернов и Б. В. Богданов отказывают этой версии в правдоподобности. Аргументация в пользу родства В. П. Тургеневой и В. Н. Житовой дана Т. Н. Волковой в статье “В. Н. Житова и ее мемуары”. Мы склоняемся к последней точке зрения.

Поразительно, но эпилепсия прослеживается и в роду Пушкиных! Известно, что жена пращура Александра Сергеевича — Петра Петровича Пушкина, Федосия Юрьевна, урожденная Есипова страдала падучей [Модзалевский Б. Л., Муравьев М. В., 1995]. Ее сын Александр Петрович в 1725 г. умер в тюрьме в состоянии помешательства после убийства своей жены на почве ревности. Возможно, это был именно эпилептический психоз с типичными для него частичным помрачением сознания и резко агрессивным поведением. Сын последнего — Лев Александрович — родной дед Александра Сергеевича — два года отсидел под домашним арестом за избивание своей жены на той же почве! В этом скандале сильно пострадал и губернатор семейства, по одним сведениям избитый, по другим (и их поддерживал Александр Сергеевич) даже “весьма феодально” повешенный на воротах усадьбы. Следует указать, что сам поэт происходил от близкородственного брака, поскольку его бабка по

материнской линии — Мария Алексеевна была дочерью Алексея Федоровича Пушкина, приходящегося родным племянником Александру Петровичу и двоюродным братом Льву Александровичу Пушкину. Таким образом, обе эти ветви, являющиеся потомками Петра Петровича и его больной жены, замкнулись именно на Александре Сергеевиче. В описанных выше проявлениях болезненной ревности его предков легко угадываются те самые черты эпилептоидного характера, о которых много говорилось в этой статье. Приведенные сведения показывают, что знаменитая страстность Александра Сергеевича определялась не столько даже пресловутой “африканской кровью” Ганнибалов, сколько вполне русскими корнями. В данном случае гораздо важнее, что эта наследственность вполне в духе предполагаемых нами принципов по-видимому обеспечила потрясающую физическую и психическую выносливость и этого титана мировой литературы. В противном случае едва ли мы имели бы столь мощную фигуру в мировой культуре, столь полно реализовавшую свой блистательный талант!

Заключая рассмотрение этой темы, позволим себе утверждать, что в каком бы то ни было медицинском оправдании Ф. М. Достоевский не нуждается. Оставляя в стороне критику наивных попыток затушевать реальность, укажем на более важные аспекты этой темы. Надеемся, что это снизит эмоциональную напряженность и мотивацию защитников “добраго имени” писателя. Во-первых, эпилепсия диалектически связана с проблемой устойчивости организма к повреждающим воздействиям и, следовательно, в определенном смысле, является как бы необходимым условием, чуть ли не платой за приобретение некоторых физических и психических качеств, необходимых творческой личности для самореализации. Во-вторых, время от времени нарастающее возбуждение нервной системы, характерное для эпилептиков, играет роль некоего “стимулятора”, который обеспечивает необходимый тонус для творчества, если только он оказывается посильным своему обладателю. Наконец, ярчайшие и совершенно необычные ощущения человека перед самым началом припадка, во время ауры, переживаемые иногда эпилептиками, как миг какого-то необыкновенного озарения и блаженства, конечно же совершенно недоступны другим, неподверженным этому заболеванию, людям. Несомненно, что эти переживания, столь ярко описанные Ф. М. Достоевским у князя Мышкина на страницах “Идиота” или у Кириллова в “Бесах”, и легли в основу, оказались пусковым моментом той сверхидеи мировой гармонии, что как путеводная звезда вела писателя за собой на протяжении всего его творчества.

## ЛИТЕРАТУРА

Алексина Р. М. Тургеневские материалы в архиве Тульской области. Русская литература, 1972, № 3, с. 98 – 100

- Аменицкий Д. А. По поводу “Болезни Достоевского”. Научное слово. 1929, №4, с. 88 – 91
- Аменицкий Д. А. Эпилепсия в творческом освещении Ф. М. Достоевского. Памяти П. Б. Ганнушкина. Труды психиатрической клиники 1 ММИ, вып. 4, ГИ биол. и мед. лит., М.-Л., 1934, с. 417 – 431
- Аргамакова О. В. Из воспоминаний о семействе Тургеневых. Историч. вестник, 1884, т. 15, № 2, с. 324 – 336
- Баженов Н. Н. Психиатрические беседы на литературные и общественные темы. М., тип. Мамонова, 1903, с. 24 – 29
- Бизюкин Ф. И. Из воспоминаний о селе Спасском-Лутовинове. Русский вестник, 1885, № 1, с. 338 – 373.
- Боголепова И. Н. Некоторые сведения о массе мозга человека. Журнал невропатологии и психиатрии имени Корсакова С. С., 1993, № 5, с. 106 – 108
- Богданов Б. В. Предки Тургенева. Тургеневский сборник, т. 5, Л., Наука, 1969, с. 345 – 351.
- Богданов Б. В. Спасское-Лутовиново. Путеводитель. Приокское книжн. изд., Тула, 1977, 120 с.
- Богданов Н. Н. Значение интегральных подходов в поиске предикторов и изучении механизмов возникновения и развития эпилепсии. Успехи физиологических наук, 1997, т. 28, №2, с. 21 – 39
- Богданов Н. Н., Абрамова Т. Ф. “Так нас природа сотворила...” Природа, 1998, № 6, с. 60 – 77
- Богораз-Тан В. Г. Чукчи. т. 2, Религия. 1939, с. 13.
- Волкова Т. Н. В. Н. Житова и ее мемуары. В книге: Житова В. Н. Воспоминания о семье И. С. Тургенева. Тульское кн. изд., 1961, с. 5 – 19
- Волоцкой М. В. Поднятие жизненных сил расы. 2-е изд., М., 1926, 125 с.
- Волоцкой М. В. Хроника рода Достоевского. М., ОГИЗ, 1933, 443 с.
- Давиденков С. Н. Эволюционно-генетические аспекты невропатологии. Л., 1947, с. 231 – 234
- Долинин А. Достоевский и Сулова. Ф. М. Достоевский, Статьи и материалы. 2-ой сборник, Л.-М., изд-во “Мысль”, 1924, с. 169 – 283.
- Достоевская А. Г. Дневник 1867 года. М., “Наука”, 1993, с. 5.
- Житова В. Н. Воспоминания о семье И. С. Тургенева, Тула. Книжн. изд., 1961, 176 с.
- Карпов П. И. Творчество душевнобольных и его влияние на развитие науки, искусства и техники. М.-Л., Гос. изд. 1926, 200 с.
- Клеман М. К. Летопись жизни и творчества И. С. Тургенева. М.-Л., 1934, Academia, 375 с.
- Кобылинский М. Болезнь Достоевского. Врачебное дело (Харьков), 1927, т. 7, стлб 505 – 508
- Ковалевский П. И. Эпилепсия, ее лечение и судебно-психиатрическое значение. Спб., тип. Акифьева, 1898, с. 227 – 228
- Колонтаева В. Воспоминание о селе Спасском. Исторический вестник, 1885, № 10, с. 41 – 65
- Крестова Л. Рассказ о Петре Ивановиче Лутовинове, Тургенев и его время. 1 сб., 1923, М.-Пг., ГИ, с. 315 – 316
- Кузнецов О. Н. Зонды и Достоевский. Психология судьбы, сборник статей по глубинной психологии, вып. 4/2, 1996, Екатеринбург, с. 123 – 147
- Лесков А. Н. Жизнь Николая Лескова. Т. 1, М., “Худож. литература”, 1984, с. 52 – 76
- Марканова Ф. А. Словарь народно-разговорной лексики и фразеологии, составленный по собранию сочинений И. С. Тургенева. “ФАН” Узб. ССР, Ташкент, 1968, с. 381
- Минаков П. А. Мозг Германа Гельмгольца. Русский антропол. журнал, 1900, кн. IV, с. 62 – 68
- Модзалевский Б. Л., Муравьев М. В. Пушкины. Родословная роспись. В кн.: Род и предки Пушкина. М., Васанта, 1995, с. 389 – 442
- Моисеева Н. И. Был ли Достоевский эпилептиком? История одной врачебной ошибки. Знамя. 1993, № 10, с. 199 – 204
- Мурье Ж. Воспоминания о Тургеневе. Новый мир, 1900, № 25, 27, 30, 32, 35/36, 43, 45, 46, 48.

- Николаенко Н. Н. Слово и образ: левое и правое полушарие мозга. Независимый психиатрич. журнал, 1996, вып. 2, с. 14 – 18
- Осипов Н. Е. “Двойник. Петербургская поэма” Достоевского. (Записки психиатра). В сб.: О Достоевском. Под ред. А. Л. Бема, т. 1, Прага, 1929, с. 39 – 64
- Плессо Г. И. К вопросу о патогенезе личности И. С. Тургенева. Мать Тургенева. Клинический архив гениальности и одаренности. 1928, т. 4, вып. 3, Свердловск, с. 54 – 72
- Портнов В. А., Кантор М. Г. О генетике эпилептоидных черт характера и их связи с эпилепсией. Генетика психических болезней. Труды Моск.-ин-та психиатрии МЗ РСФСР. М., 1970, с. 125 – 134
- Проц Е. В. Театральные затеи в Спасском. Тургенев. Вопросы биографии и творчества. Л. Наука. 1990, с. 164 – 185
- Раубер А. Руководство анатомии человека, т. 5, Спб., 1911, с. 77 – 78
- Сегалин Г. В. Эвропатология гениальных эпилептиков. Клинич. архив гениальности и одаренности. 1926, т. 2, вып. 3, Свердловск, с. 143 – 187
- Сегалов Т. Е. Болезнь Достоевского. Научное слово, 1929, № 4, с. 88 – 91
- Федоров Г. А. “Помещик. Отца убили...”, или история одной судьбы. “Новый мир”, 1988, № 10, с. 219 – 238
- Фридрих В. Близнецы. М., Прогресс, 1985, с. 88 – 91
- Хорошко В. Эпилепсия. Большая мед.энциклопедия, т. 35, М., ГИ биол. и мед. лит., 1936, с. 552 – 553
- Чернов Н. Еще одна Салтычиха. По следам истории, рассказанной И. С. Тургеневым. Неделя, 1968, № 35(443), с. 20 – 23
- Чернов Н. Лутовиновская старина. Литературная газета, 1968, № 35, 36, 38.
- Чернов Н. Глава из детства. Там же, 1970, № 29, с. 6.
- Чернов Н. Летопись жизни. Литературная Россия, 1970, № 34(398), с. 21
- Чернышев С. П. О весе головного мозга человека. М., 1911, 40 с.
- Чиж В. Достоевский как психопатолог. М., 1885, 123 с.
- Чиж В. Ф. Тургенев как психопатолог. М., изд. Кушерева и Ко, 1899, 104 с.
- Чудновский В. С. О некоторых возможных альтернативах клинической классификации эпилепсии. Неврологический вестник. 1993, т. 25, вып. 1 – 2, с. 47 – 50
- Юдин Т. Евгеника. Бол. мед. энциклоп., т. 9, М., “Сов. энцикл.”, 1929, с. 663 – 670
- Юрман Н. А. Болезнь Достоевского. Клинический архив гениальности и одаренности. 1928, т. 4, вып. 1, Свердловск, с. 61 – 85
- Conrad K. Erhanlage und Epilepsie. Z. Neurol. Psychiatr., 1935, Bd. 135, No 2, S. 271 – 326
- Morel B. A. Traitē des dēgēnērescences physiques, intellectuelles et morales de l’espēce humaine. P., 1857

## ВНИМАНИЕ!

Последние выпуски

*Независимого психиатрического журнала*

можно приобрести

в Москве в киоске “Экспресс-Хроники”

(Пушкинская площадь, выход из метро “Чеховская”)

или

в редакции журнала по адресу:

**Новый Арбат, 11, комн. 1922;**

**тел.: 291-9081**

# РЕКОМЕНДАЦИИ

- Карл Ясперс. Всемирная история философии. Введение — СПб., 2000  
Мартин Хайдеггер — Карл Ясперс. Переписка 1920 – 1963 гг. — М., 2001  
Людвиг фон Мизес. Теория и история. — М., 2001  
Исайя Берлин. Философия свободы. Европа. — М., 2001  
Исайя Берлин. История свободы. Россия. — М., 2001  
Поль Эльцбахер. Сущность анархизма. — Минск, 2001

\* \* \*

- Фома Аквинский. Сумма против язычников. — Долгопрудный, 2000  
Пауль Тиллих. Систематическая теология. Т. 1 – 2, 3. — М. — СПб., 2000  
Кристофер Генри Доусон. Религия и культура. — СПб., 2000  
Мирча Элиаде. История веры и религиозных идей. Т. 1, М., 2001  
Клод Леви-Строс. Мифологии. От меда к пеплу. Т. 2. — М. — СПб., 2000  
Уильям Уорнер. Живые и мертвые. — М. — СПб., 2000

\* \* \*

- Питирим Сорокин. Социальная и культурная динамика. — СПб., 2000  
Джон Дьюи. Реконструкция в философии. — М., 2001  
Жак Деррида. Письмо и различие. — СПб., 2000  
Ролан Барт. S/Z — М., 2001  
Гастон Башляр. Избранное: научный рационализм. — М. — СПб., 2000  
Г. Франкфорт, Г. А. Франкфорт, Дж. Уилсон, Т. Якобсен. В преддверии философии  
(Духовные искания древнего человека) — СПб., 2001  
М. М. Бахтин. Собрание сочинений. Т. 2. — М., 2000  
Ойген Розеншток-Хюсси. Язык рода человеческого. — М. — СПб., 2000  
В. В. Химик. Поэтика низкого или просторечие как культурный феномен. — СПб., 2000  
Петер Слотердайк. Критика цинического разума. — Екатеринбург, 2001  
Жиль Липовецки. Эра пустоты. — СПб., 2001  
Джордж Сантаяна. Скептицизм и животная вера. — СПб., 2001

\* \* \*

- Эуген Блейлер. Аффективность, внушение, паранойя. — М., 2001  
Теодюль Рибо. Болезни личности. Опыт исследования творческого воображения. — Минск, 2001  
Уильям Сахакиан (ред.). Техники консультирования психотерапии. — М., 2000  
Райан Мак Маллин. Практикум по когнитивной терапии. — СПб., 2001  
Джеймс Бьюдженталь. Искусство психотерапевта. — СПб., 2001  
А. А. Ухтомский. Т. 3. Доминанта души. — Рыбинск, 2000  
К. А. Абульханова, Т. Н. Березина. Время личности и время жизни. — СПб., 2001

\* \* \*

- В. Ф. Чиж. Психология злодея, властелина, фанатика. — М., 2001  
В. Ф. Чиж. Болезнь Н. В. Гоголя. — М., 2001  
Л. Л. Сабанеев. Воспоминания о Скрябине. — М., 2000  
Георг Тракль сам о себе в трактовке Отто Базиля. — Урал, LTD, 2000  
Белла Шагал. Горящие огни. — М., 2001  
Роман Гуль. Я унес Россию. Т. 1 – 3. Россия в Германии. Россия во Франции. Россия в Америке. — М., 2001  
Михаил Гершензон. Избранное в пяти томах. — Москва — Иерусалим, 2000

# ABSTRACTS AND TRANSLATIONS

---

## **Necessity of therapeutic monitoring psychotropic drugs in child psychiatry**

**A. Buyanov, I. Shiryaeva, S. Koroleva**

The study of adequacy of schemes of treatment by some neuroleptics, antidepressants, tranquilizers and anticonvulsants was undertaken in Novosibirsk in children mental in-patient centers and establishments of closed type. Therapeutic monitoring by chromatographic analysis of concentration of haloperidol, moditen-depo, amitriptylin, dazepam, phenobarbital and their metabolites in plasma and urine has shown that at least every third child in these facilities receives the unadequately high dose of the above-mentioned preparations. The study stresses necessity of taking into account individual peculiarities biotransformation of haloperidol for revealing satisfactory therapeutic effect and prevention of extrapyramidal

disorders. Interconnection of paradoxical psychic reaction to therapy by diazepam with "poor" type of its desmethylation in children with attention deficit hyperactivity disorder has been determined. Correlation between mild antidepressant effect of amitriptylin and "extensive" type of its hydroxylation in children with a depressive episode has been found. The necessity of exclusively individual and careful approach to treatment of epileptic children by phenobarbital has been stressed. The method of therapeutic HPLC-monitoring of psychotropic substances adapted for work with children makes it possible to determine for each patient an individual range of therapeutic concentration of a preparation.

## **Expansion of ideology on mental health**

**Yu. S. Savenko**

Since 1995 at the yearly trials against "non-traditional" religions for so called harm done to mental health, the ideological xenophobia has been revealing itself all the more clearly as the initial cause of it. Expressive documents have been presented demonstrating it on the example of the trial in Chelyabinsk, which ended in April, 2001 in connection with liquidation of student's organization KARP for struggling against narcomania, alcoholism and AIDS initiated by the Church of Unification. The Prosecu-

tor's office supported by experts (psychiatrists and psychologists) claimed that lectures of this organization at unconscious level had harmfully influenced minors. However, evaluation in regard to the only concrete example of such kind has proved to be without examining, the minor appeared to be a girl of 20 years of age and the Argumentation was arbitrary. As far as the conclusions about KARP lectures are concerned, they belong to the category where comments are not needed.

## **Spring exacerbation in Nizhny Novgorod**

**V. V. Vlasov (Saratov)**

On April 24 – 26, 2001 in Nizhny Novgorod the international "scientific-practical" conference under the title "Totalitarian sects is a menace of XXI century" was held. It was convened on behalf of the plenipotentiary of the RF in Privolzhsk federal region with participation of leaders of anti-cultists from France and Germany. Their presence impede adoption of an aggressive resolution which had included in the definition of "sects" indications of "manipulating consciousness" and the claim about high level

of suicides among members of charismatic sects. Many speeches were of cheap anecdotal character. The rhetoric of some speakers was directed against formation by sects of groups for support of drug addicts: "dependence on sects is worse than drug addiction". The leader of the Russian anti-cultists in psychiatry Prof. F. Kondratiev proposed to forward complaints of relatives through Prosecutor offices to the Serbsky Center, where he can give evaluation on possibility of harm to mental health.

## **"Under the storm of ill fate — hard rock, in turmoil of passion — thin leaf"**

**N. N. Bogdanov**

On the basis of modern concepts on mechanisms of beginning and development of epilepsy an attempt was made to evaluate the influence of this illness on personal-

ity and creative activity of the cultural world men of genius. It is known that epilepsy can substantially influence personality characteristics, by which in its turn is ex-

plained the phenomenon of conjugal assortativeness when epilepsy-prone people more often become married couples than it might have been by accidental choice. This appropriateness is clearly visible in the clans of F. M. Dostoyevsky and I. S. Turgenev. As epilepsy by its inherited nature is a heterogenic illness, the genotype of epileptic families can all the time acquire unfavorable symptoms in regard to epilepsy. This should lead to a sharp increase of risk of illness and worsening of clinical picture. Thus, there are biological prerequisites for degeneracy, but actually it doesn't occur. May be, it can be explained by the fact that in epileptic families as a result of natural selection take place the processes in the opposite direction connected with accumulation of symptoms, opposing emergence of illness or alleviating its unhealthy symptoms. One of the examples of this is in particular an increase of the mass of brain and great complexity of its morphological organization. In such a case descendants from epileptic families may belong to three different groups:

seriously ill epileptics — son of F. M. Dostoyevsky Alyosha, his nephew Vanya, brother of I. S. Turgenev Sergei and others;

people, whose illness develops comparatively mildly — F. M. Dostoyevsky himself, his daughter Lyubov Fedorovna, uncle of the author A. N. Turgenev and others;

people, who are extremely resistant to convulsions and other epileptic symptoms — I. S. Turgenev, brothers of F. M. Dostoyevsky and others.

As far as F. M. Dostoyevsky is concerned, first — epilepsy is dialectically connected with problem of his physical stamina and in this sense it can be considered as the indispensable prerequisite, if not the price, of his colossal physical potential. Secondly, his occasional bouts of agitation were becoming peculiar inner doping for realization of his creative potential. At last thirdly, extremely bright and peculiar sensations of the author before beginning of epileptic bouts during aura doubtless were becoming a starting mechanism in the idea of world harmony, which like guiding star had been leading the author during all his creative years.

## **XII ВСЕМИРНЫЙ КОНГРЕСС ПО ПСИХИАТРИИ**

*24 – 29 августа 2002 г., Иокагама. Япония*

**1 июля 2001 г.** — последний срок подачи заявок на симпозиумы  
**1 декабря 2001 г.** — последний срок для индивидуальных работ

В научный комитет от России вошли:

*В. Н. Краснов, Ю. С. Савенко, В. С. Ястребов*  
963-7226                      291-9081                      952-9201

[http: // c-linkage.co.jp /WPA/](http://c-linkage.co.jp/WPA/)  
E-mail: [wpa\\_sec@c-linkage.co.jp](mailto:wpa_sec@c-linkage.co.jp)

## **XVII КОНГРЕСС ВСЕМИРНОЙ АССОЦИАЦИИ СОЦИАЛЬНОЙ ПСИХИАРИИ (WASP)**

*27 – 31 октября 2001 г., Агра, Индия*

E-mail: [wasp\\_congress@vsnl.com](mailto:wasp_congress@vsnl.com)

Website: [www.17thwaspcongress.com](http://www.17thwaspcongress.com)



Благодаря поддержке Института “Открытое Общество” в рамках программы дестигматизации психически больных НПА России осуществила издание популярных буклетов для бесплатного распространения среди населения из серии

**“Что нужно знать о психическом здоровье”**

по следующим темам:

*Когда нужен психиатр?*

*Душевнобольной в семье*

*Психическое здоровье пожилых людей*

*Расстройства пищевого поведения*

*Шизофрения*

*Маниакально-депрессивные расстройства*

*Депрессия*

*Фобии*

*Панические расстройства*

*Посттравматические стрессовые расстройства*

Цель издания —

преодолеть недоверие населения к психиатрии и психиатрам,  
развенчать мифы об особой опасности,  
несостоятельности и неизлечимости психически больных.

По Вашему запросу будет выслан комплект изданных брошюр, которые можно использовать как образец для издания в Вашем регионе. Мы планируем продолжить издание популярных брошюр для населения и будем благодарны за предложение новых тем и участие в их разработке.

**ПРИНИМАЮТСЯ ЗАКАЗЫ НА ИЗДАНИЯ НПА РОССИИ:**

**ПРИЛОЖЕНИЯ**

**к «НЕЗАВИСИМОМУ ПСИХИАТРИЧЕСКОМУ ЖУРНАЛУ»**

1. С. Н. Шишков — «Судебно-психиатрическая экспертиза (понятие и типы)»  
(Учебное пособие)
2. I-е Консторумские чтения. «Психотерапия малопрогрелиентной шизофрении»
3. О краткосрочной терапии творческим самовыражением и клинико-психотерапевтическом театре в психиатрии. (Учебное пособие)
4. II-е Консторумские чтения. «Клиническая психотерапия и феноменологическая психиатрия»
5. III-и Консторумские чтения. «Психотерапия тревожных и депрессивных расстройств»
6. IV-е Консторумские чтения. «Терапия духовной культурой»
7. А. И. Ойфа — «Патологическая анатомия мозга» (методические рекомендации)
8. V-е Консторумские чтения. «Клиническая психотерапия»

**ЗАКАЗЫ НА ИЗДАНИЯ НПА**

117602, Москва, Олимпийская деревня, д. 15, кв. 61.

Аргуновой Юлии Николаевне

**ПРОДАЖА**

в газетном киоске издательства «Экспресс-хроника» у выхода из метро «Чеховская»

# «НЕЗАВИСИМЫЙ ПСИХИАТРИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ»

Индексы для подписчиков:

на полугодие: 73290 — индивидуальных, 73291 — коллективных; на год: 71390 — индивидуальных, 71391 — коллективных

- 1991, I: Устав НПА — Антипсихиатрия сегодня — О психической заразительности.
- 1992, I-II: Проблема предмета советской психиатрии — Начальное бредообразование — Затухание бреда — Доклад комиссии WPA о визите в СССР в 1991 г.
- 1992, III-IV: Герои и антигерои советской психиатрии — Дело генерала Петра Григоренко.
- 1993, I-II: Интрацепция и ипохондрия — Проблема идентификации — Практика и техника психоанализа.
- 1993, III-IV: Взгляд на американскую психиатрию XX века — Границы шизофрении.
- 1994, I: Нелекарственная терапия психозов — Выбор приоритетов — Типология деперсонализации.
- 1994, II: О бреде — Феноменология меланхолии.
- 1994, III: Деятельность НПА за 1989–1993 гг. — Ответственность за незаконное стационарирование — Врачебная тайна — О школе Столбуна.
- 1994, IV: Психоанализ в противоречиях — Биографический метод — Терапия смыслоутраты.
- 1995, I: О вялотекущей шизофрении — О диагностике — Митрополит Антоний о медицинской этике.
- 1995, II: Об институциональной психотерапии — О границах психотерапии — Об этнопсихиатрии — Дело АУМ.
- 1995, III: DSM-IV — Бенедетти о психотерапии шизофрении — Психология свидетельских показаний.
- 1995, IV: Гематологическая психоонкология — Психохирургия — Представительство интересов психически больных — VII съезд НПА и XII съезд РОП.
- 1996, I: Ясперс о бреде ревности (1) — Психиатрия и права человека — О мышлении по аналогии.
- 1996, II: Ясперс (2) — Психиатрия и нейрофизиология — Психиатрия в III Рейхе/ГДР и СССР/России — Обращение в Думу и Правительство.
- 1996, III: Ясперс (3) — Клинический разбор — Образ человека и мозг — Правовые казусы — О психоанализе.
- 1996, IV: Ясперс (4) — Конгресс в Мадриде — Психиатрия и религия — Памятка для пациентов об их правах.
- 1997, I: Интуиция в психиатрии — Новая парадигма. I — Ответ д-ру С. Глузману.
- 1997, II: Предложения к Закону — Метод идеальных типов — Новая парадигма. II — Психиатрический ГУЛАГ.
- 1997, III: Сто лет психоанализа — Новая парадигма. III — Психиатрия и религия.
- 1997, IV: Гуссерль и Ясперс — Новая парадигма. IV — Юбилей Бехтерева — Патографии Ленина и Хрущева.
- 1998, I: Гуссерль и Ясперс — Новая парадигма. V — Законы о наркотиках — Экспертиза Бехтерева по делу Бейлиса.
- 1998, II: Деятельность НПА в 1997 г. — Развитие психиатрической помощи в России — Основы этических стандартов в психиатрии — Детская психиатрия.
- 1998, III: Структура идентичности и психоз — О предмете социальной психиатрии — “Тирания психиатрии” и “тирания права” — Питирим Сорокин об основной ошибке русской интеллигенции.
- 1998, IV: Концепция психопатологического диатеза — Полемика о путях борьбы с наркоманиями — Психиатрия и религия — Курт Гольдштейн: Принцип целостности в медицине.
- 1999, I: Курт Шнайдер. Религиозная психопатология (1) — Психотерапия — Экспертиза “Свидетелей Иеговы” — Басня о психотронном оружии
- 1999, II: Шнайдер (2) — Социальная психиатрия — Психотерапия — Всероссийский семинар к 10-летию НПА.
- 1999, III: Шнайдер (3) — Тенденции российской психиатрии — Экспертиза сайентологов.
- 1999, IV: Кризис современной психиатрии — ЭЭГ при молитве и голодании — Психиатрия и религия — Дело Платона Обухова — Этика экспертизы.
- 2000, I: О Рильке — Объединения родственников больных — Полемика — Проект Закона.
- 2000, II: Кассирер: Техника политических мифов — “Открытый диалог” — Экспертиза парасуицида — Корсаковская экспертиза — Дело Шмита (1).
- 2000, III: Критика МКБ-10 — Психофармакология — Социальная и судебная психиатрия — Дело Шмита (2).
- 2000, IV: X-ый съезд НПА России: Проблема доверия — Обсессивный синдром — Опасные действия психически больных — Ганнушкин — Зейгарник — XIII съезд психиатров России.

Материалы для публикации присылать по адресу:

125581, Москва, ул. Ляпидевского, д. 18, кв. 41, Ю. С. Савенко; E-mail: ipar@aha.ru

Статьи следует сопровождать резюме для перевода на английский язык

Телефон редакции (095) 291-9081, факс (095) 291-8469

Москва, Новоарбатский пр., 11-1922

Адрес для корреспонденции: Москва 103982, Лучников пер., 4, подъезд 3.

Российский исследовательский центр по правам человека. НПА России