

ISSN 1028-8554

НЕЗАВИСИМАЯ ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ АССОЦИАЦИЯ РОССИИ
INDEPENDENT PSYCHIATRIC ASSOCIATION OF RUSSIA

**НЕЗАВИСИМЫЙ
ПСИХИАТРИЧЕСКИЙ
ЖУРНАЛ**

**INDEPENDENT
PSYCHIATRIC
JOURNAL**

**ВЕСТНИК ИПА
IPA HERALD**

IV

2003

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
А. Н. Богдан
М. Е. Бурно
Л. Н. Виноградова
Б. А. Воскресенский
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
Anatol Bogdan
Mark Burno
Liubov Vinogradova
Boris Voskresenski
Victor Kagan
Grigori Kotikov
Alexander Magalif
Vladimir Prokudin

Сдано в набор 11.12.2003. Подписано в печать 19.12.2003. Формат 60×84 1/8.
Бумага типографская офсет № 1. Гарнитура "Таймс". Печать офсетная.
Тираж 1000 экз. Заказ № 2003-04-IPA.

Цена свободная

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

СОДЕРЖАНИЕ

100-ЛЕТИЕ ЭРИХА ЯКОВЛЕВИЧА ШТЕРНБЕРГА (1903 – 1980)	5
АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ПСИХИАТРИИ	
О природе и систематике депрессивных синдромов — Ю. С. Савенко	7
О предмете и методе в психиатрии — Б. Н. Алмазов (Екатеринбург)	10
Психиатрия XXI века. “Демедицинизация” на повестке дня — В. В. Мотов (Тамбов)	13
КЛИНИЧЕСКИЕ РАЗБОРЫ	
Трансформация диагноза — В. Г. Ротштейн	19
О смешанных формах психических заболеваний (по материалам клинических разборов, публикуемым в Независимом психиатрическом журнале) — Б. Н. Пивень (Барнаул)	27
Феномен инобытия. Клинико-феноменологическая иллюстрация размышлений практического врача — И. М. Беккер (Набережные Челны)	29
ПСИХИАТРИЯ И ПРАВА ЧЕЛОВЕКА	
35-летие первой громкой насильственной госпитализации по политическим мотивам	34
Первый процесс по недобровольной госпитализации в России в Европейском Суде	40
ПСИХИАТРИЯ И ПРАВО	
Специалист-психиатр в уголовном процессе — Ю. Н. Аргунова	49
Грубое нарушение закона в Москве (письмо Генеральному прокурору РФ)	52
СУДЕБНАЯ ПСИХИАТРИЯ	
Недобровольная госпитализация психически больных в законодательстве России и США — О. В. Лапшин (Санкт-Петербург)	53
Экспертная оценка отставания в психическом развитии, не связанного с психическим расстройством (методические рекомендации, часть 1) — Е. И. Цымбал	61
ИЗ ДОСЬЕ ЭКСПЕРТА	
Коль болен, не жалуйся — хуже будет — Н. В. Спиридонова	67
ДОКУМЕНТЫ ВРЕМЕНИ	
Психиатризация действительности, запущенная привлечением психиатрии к борьбе с “сектами”, уже прием политического преследования	70
РЕЦЕНЗИИ, ОТКЛИКИ, РЕФЕРАТЫ	
Психотерапия депрессий (реферат) — В. Е. Каган (Даллас)	71
ХРОНИКА	
На совещании главных психиатров страны и Президиуме правления Российского общества психиатров	76
Конференция гражданских организаций, 10 лет Российскому исследовательскому центру по правам человека	77
НЕКРОЛОГ	80
ПСИХОПАТОЛОГИЯ И ТВОРЧЕСТВО	
А. С. Есенин-Вольпин. Стихи	81
РЕКОМЕНДАЦИИ	82
АННОТАЦИИ И ПЕРЕВОДЫ	83

CONTENTS

100 YEAR JUBILEE OF ERICH YAKOVLEVITCH SCHTERNBERG	5
URGENT PROBLEMS OF PSYCHIATRY	
On nature and systematization of depressive syndromes — Yu. S. Savenko.	7
On subject and method in psychiatry — B. N. Almazov (Ekaterinburg)	10
21st century psychiatry: “demedicinization ” is on the agenda — V. V. Motov (Tambov)	13
DISCUSSION OF A CLINICAL CASE	
Transformation of diagnosis — V. G. Rotshein	19
On mixed forms of mental disorders (on the basis of clinical case discussions published in Independent Psychiatric Journal) — B. N. Piven (Barnaul).	27
Phenomenon of presence in unreal world. Clinical-phenomenological illustration of practical physician’s reflection — I. M. Bekker (Naberezhnye Chelny)	29
PSYCHIATRY AND HUMAN RIGHTS	
35 years since the first famous involuntary hospitalization on political grounds	34
The first Russian case on involuntary hospitalization in the European Court for Human Rights — L. N. Vinogradova, Yu. S. Savenko.	40
PSYCHIATRY AND LAW	
The specialist-psychiatrist in criminal court — Yu. N. Argunova	49
Gross violation of legislation in Moscow (letter to the RF Prosecutor General)	52
FORENSIC PSYCHIATRY	
Legislation on Inpatient Civil Commitment in Russia and in the United States — O. V. Lapshin (St-Petersburg)	53
Expert evaluation of mental retardation that isn’t connected with mental disorder — E. I. Tsymbal	61
FROM AN EXPERT’S DOSSIER	
If you are the mentally ill, don’t complain — it can be worse — N. V. Spiridonova.	67
DOCUMENTS OF EPOCH	
Psychiatrization of reality, which began with involving psychiatry in the struggle against “sects”, is already a device of political prosecution	70
COMMENTS, REVIEWS, SYNOPSISSES	
Psychotherapy of depression — V. E. Kagan (USA, Dallas).	71
CHRONICLE	
At the Conference of the Russian chief psychiatrists and at the Session of the Russian Society of Psychiatrists Board.	76
Conference of Civic organizations, 10 year jubilee of the Russian Research Center for Human Rights	77
OBITUARY	80
PSYCHOPATHOLOGY AND CREATIVENESS	
A. S. Esenin-Vol’pin. Poems	81
RECOMENDATIONS.	82
ABSTRACTS AND TRANSLATIONS.	83

100-ЛЕТИЕ ЭРИХА ЯКОВЛЕВИЧА ШТЕРНБЕРГА

Эрих Яковлевич Штернберг родился 4 июля 1903 г. в г. Познань (Польша). Образование он получил в Берлине: в 1921 г. окончил гимназию, а в 1927 г. — медицинский факультет Университета им. Гумбольдта. В 1928 г. Э. Я. Штернберг получил диплом врача, а в 1929 г. защитил диссертацию “Исследование ликвора при рассеянном склерозе”, получив звание доктора медицины. С 1928 по 1933 гг. работал в клиниках для нервных и психических больных: под руководством проф. К. Бонгеффера — в Берлине и проф. Е. Рейса — в Дрездене. В этот период опубликовал в журнале “Медицинская психология” ряд работ, посвященных проблеме афазии и работу “К вопросу о клиническом и функциональном значении двигательных нарушений у душевнобольных”, а в журнале *Nervenartz* — “О симптоматических психозах, возникающих при лечении ожирения тиреоидином”.

В 1933 г. с приходом к власти нацистов Э. Я. Штернберг был вынужден эмигрировать. Он переехал в Москву и в 1933 – 1938 гг. работал в Институте им. П. Б. Ганнушкина. В этот период вышло в свет 5 его научных публикаций, наиболее важная из которых — в соавторстве с А. Кронфельдом — была посвящена проблеме лечения шизофрении инсулиновыми шоками.

В марте 1938 г. Э. Я. Штернберг был репрессирован. В годы пребывания в лагерях и ссылке он работал врачом в разных регионах страны: в Воркуте, в Ульяновске, последние пять лет — в Туре Красноярского края. Спустя 16 лет (1954 г.) его полностью реабилитировали.

С 1954 г. Э. Я. Штернберг работал в г. Колязин заместителем главного врача районной психиатрической больницы и возобновил научные исследования. Через несколько лет Э. Я. Штернберг переехал в Москву, где работал старшим научным сотрудником Института психиатрии АН СССР и защитил кандидатскую, а вскоре и докторскую диссертации. В 1962 г., после того, как Институт возглавил А. В. Снежневский, Э. Я. Штернберг становится руководителем клиники психозов позднего возраста. За годы работы им было опубликовано более 190 фундаментальных научных трудов, включая 4 монографии, ряд крупных



разделов “Руководства по психиатрии” под ред. А. В. Снежневского, “Справочника по психиатрии”, множество статей в БМЭ, а также научные статьи и обзоры в отечественных и зарубежных журналах.

Его работа “Клиника деменций пресенильного возраста” стала классическим трудом, завершившим этап клинико-описательных исследований этой группы психических заболеваний. В работах Э. Я. Штернберга представлен детальный клинический анализ функциональных психозов позднего возраста, которые объединяют группу наиболее сложных и спорных в нозологическом отношении психических заболеваний — инволюционную мелан-

холию и поздние параноиды.

Уникальными по своему масштабу стали организованные Э. Я. Штернбергом клинико-эпидемиологические исследования различных групп населения пожилого и старческого возраста, а также клинико-катамнестическое изучение больных шизофренией, доживших до старческого возраста. Материалы этих исследовательских программ получили широкое международное признание.

Важную роль в развитии геронтологической психиатрии играют работы Э. Я. Штернберга, посвященные общим теоретическим вопросам психиатрии позднего возраста, в том числе работы, анализирующие взаимоотношения геронтопсихиатрии и общей геронтологии, а также исследования по психологии старения и ее значения для развития геронтологической психиатрии. Э. Я. Штернберг разработал оригинальную классификацию психических заболеваний, в которой отразил чрезвычайное многообразие психических расстройств позднего возраста.

Эрих Яковлевич регулярно публиковал на страницах журнала им. Корсакова рецензии на психиатрические монографии, а также обстоятельные обзоры, критически анализирующие наиболее сложные проблемы современной психиатрии. Знание английского, французского и немецкого языков позволили ему быть в курсе всех современных направлений психиатрии.

Э. Я. Штернберг много времени уделял диагностической и лечебной работе. Его клинические разбо-

ры и консультации неизменно вызывали исключительный интерес у врачей и научных сотрудников и являлись настоящей школой высокого клинического мастерства.

Э. Я. Штернберг создал школу отечественных геронтопсихиатров. Под его руководством были выполнены многие кандидатские и докторские диссертации, авторы которых стали ведущими специалистами в области геронтопсихиатрии.

Эрих Яковлевич вспоминается как мудрый, широко образованный учитель. При этом в общении с учениками и сотрудниками он всегда был простым и доступным, с готовностью помогал, делился знаниями. Годы репрессий не оставили у него озлобленности, однако рассказывать об этом периоде жизни он не любил. Отношение к пережитым невзгодам было, скорее, философским, с оттенком самоиронии.

От редактора. Мне посчастливилось близко знать Эриха Яковлевича Штернберга. В 1966 и 1974 гг. он был оппонентом моих кандидатской и докторской диссертаций. С этого времени я бывал у него дома, пользуясь гостеприимством этого удивительно обаятельного человека и его супруги, Анны Анатольевны, “японской шпионки”, с которой он, “немецкий шпион”, познакомился в ссылке. Необыкновенное впечатление, которое производил Эрих Яковлевич, трудно описать — его выразительное породистое лицо, его манеру говорить... Несмотря на простоту, отзывчивость, мягкость и теплоту, значительность его личности живо ощущалась во всем. Поражало, как сильный немецкий акцент не только не мешает, а создает особое очарование, какой симпатией проникались к нему больные, как широк был его клинический диапазон, как он умел и пошутить с больным, и “нажать на его слезную железу”. Строй его размышлений и речи, спокойный и убедительный, выстраивался с такой полнотой и логической последовательностью, что то, что еще накануне казалось проблематичным, приобретало ясную определенность. Я неоднократно был свидетелем чрезвычайно почтительного отношения к его работам ведущих немецких психиатров. Его признавали живым классиком, а жил он в условиях, которые могли потрясти любого. — Крошечная двухкомнатная квартира в “хрущобе” с на редкость низким потолком, все стены которой, включая коридор, были буквально забиты, не оставляя и пяточка пустого пространства, книгами на немецком, французском, английском языках, — редчайшими, часто уникальными в нашей стране изданиями, прежде всего, профессиональными. В коридоре из-за этого приходилось чуть ли не протискиваться и нельзя было разойтись. Здесь его посещали многие зарубежные коллеги.

Эрих Яковлевич ценил широкий культурный горизонт и культурные традиции и, видимо, в своем окружении ему не доставало этого. Жизнь научила его осторожности, но в узком кругу он высказывался критично и с полной определенностью. Рассказывая об Артуре Кронфельде, он сокрушался, что содействовал его переселению в Советский Союз. Он предостерегал меня от желания встречи с А. В. Снежневским и постоянно проявлял способность к редкой чуткости и пониманию. Когда меня в 1979 г. уволили “по сокращению штатов” из Института судебной психиатрии им. В. П. Сербского, судя по всему за свободные высказывания, оседавшие в досье, он в своей последней поездке в Германию, незадолго до смерти, нашел время, чтобы договориться о моем устройстве в Институт Макса Планка в Мюнхене. В те времена на это решился бы не каждый.

Не только я, многие из коллег, знавшие Эриха Яковлевича, не знают ему равного среди профессионалов.

До последних дней Эрих Яковлевич вел активную жизнь, насыщенную широкими интересами. Он был погружен и в художественную литературу, и в мир классической музыки и живописи, вел живую переписку со многими европейскими психиатрами.

В последние годы жизни Э. Я. Штернберг получил возможность выезжать в западные страны для участия в международных симпозиумах. В 1980 г., за 4 месяца до смерти, он участвовал в западногерманском симпозиуме, посвященном проблемам шизофрении, где выступил с докладом, председательствовал на одном из пленарных заседаний, активно участвовал в дискуссиях. Сборник трудов этого симпозиума вышел в свет уже после смерти Эриха Яковлевича, и организаторы симпозиума посвятили этот сборник его памяти.

В. А. Концевой

О природе и систематике депрессивных синдромов¹

Ю. С. Савенко

Таксономия депрессивных синдромов — сфера приложения усилий большого, все увеличивающегося числа исследователей, что уже служит ей, скорее, помехой, как показал опыт МКБ-10, 5-ая глава которой создавалась как эсперанто психиатрии. Между тем, идеалом научной систематики является не искусственный язык, а естественный, внятный профессионалам как музыка. Следует еще и еще раз повторить: таксономист не создает таксоны и не отменяет их, а открывает созданное природой. До сих пор наш предмет следует по первому пути. Оказывается, проще собрать 1000 ученых из всех стран и выработать конвенцию, трактующую контуры архипелага, на основании разноречивых свидетельских показаний, чем достичь реальной цели. Я в этом плавании 40 лет. Я помню многих, кто погиб в бурю, будучи близок к цели. И таких, кто, как Роберт Пири, объявил, что достиг ее, на деле сфальсифицировав путевые дневники, и вошел в советскую энциклопедию как герой.

Исследовательская задача уяснения природы и систематики депрессивных синдромов предполагает научную методологию, которая — как обычно считается — со временем совершенствуется, прогрессирует. Если обратиться к психиатрии, то это верно только в отношении параклинических методов исследования. Мы видим, что как справедливо постоянно подчеркивает проф. А. С. Тиганов (1), число клинико-психопатологических исследований резко уменьшилось, что внимание к этой основной, конституирующей специфике самого нашего предмета стороне дела резко сократилось, а уровень упал. Мы видим резкое преобладание исследований, где клинико-психопатологический метод, особенно при прослеживании динамики состояния, в значительной мере вытеснен клиническими шкалами, пользуясь которыми, за удобство и видимость унификации расплачиваются только видимостью валидности результатов. Это вырождение психопатологического анализа, особенно за последние 40 лет, характеризует большинство исследований в мировом масштабе. В ведущих германских клиниках отдельным больным уделяется меньше времени, чем у нас. Этому явлению на Западе противостояли только феноменологические школы.

Реакцией на этот давно начавшийся процесс стала грандиозная, можно сказать тектоническая, смена общенаучной парадигмы. Мы посвятили существу этой смены серию публикаций (2), оспорив мнение проф. Ю. Л. Нуллера, для которого это концепция Селье (3). Но основным тормозом на пути новой парадигмы в психиатрии являются значительные издержки, которые потребовались бы фармакофирмам на изменение сложившейся методологии апробации новых лекарственных средств. Этот превосходно отлаженный механизм воплощает безнадежно устаревшую научную парадигму.

Существо требующейся перемены состоит в феноменологически фундированной клинико-психопатологической подготовке образцов для их последующей обработки новым математическим аппаратом из арсенала синергетики и теории катастроф.

Обратимся к психопатологической систематике депрессивных синдромов. Традиционно обычно выделяют 10 депрессивных синдромов, группирующихся вокруг одного центрального локуса, — классического меланхолического синдрома, т.е. тоскливой депрессии (схема 1).

Лучшим доказательством их существования являются их феноменологические описания, легко узнаваемые психиатрами, либо как отдельные стороны одного и того же, либо как одно и то же другими словами, либо как в самом деле очерченная особость. В результате, эти описания естественным образом выстраиваются в многомерном пространстве в определенные смысловые гнезда, центром которых является не то, что чаще встречается, а что обладает внутренней непротиворечивостью и гармоничностью, в “идеальный тип”, статус которого, т.е. ранг на таксономическом дереве, повышается по мере выяснения того, какова эта цельность во многих других измерениях, особенно в патогенетическом. Мы имеем доступ к этому, как клиницисты, оперируя в отношении каждого феномена понятиями “психотическое — непсихотическое” по глубине расстройства и “первичное — вторичное” по происхождению.

Наиболее устоявшееся классическое разграничение тоскливых и тревожных синдромов в 1980-е годы подверглось критике на основании того, что это якобы невозможно, нецелесообразно и не подтверждается факторным анализом.

¹ Выступление на конференции РОП “Аффективные и шизоаффективные расстройства” 2 – 4 октября 2003 г.

Схема 1

Традиционная таксономия депрессивных синдромов

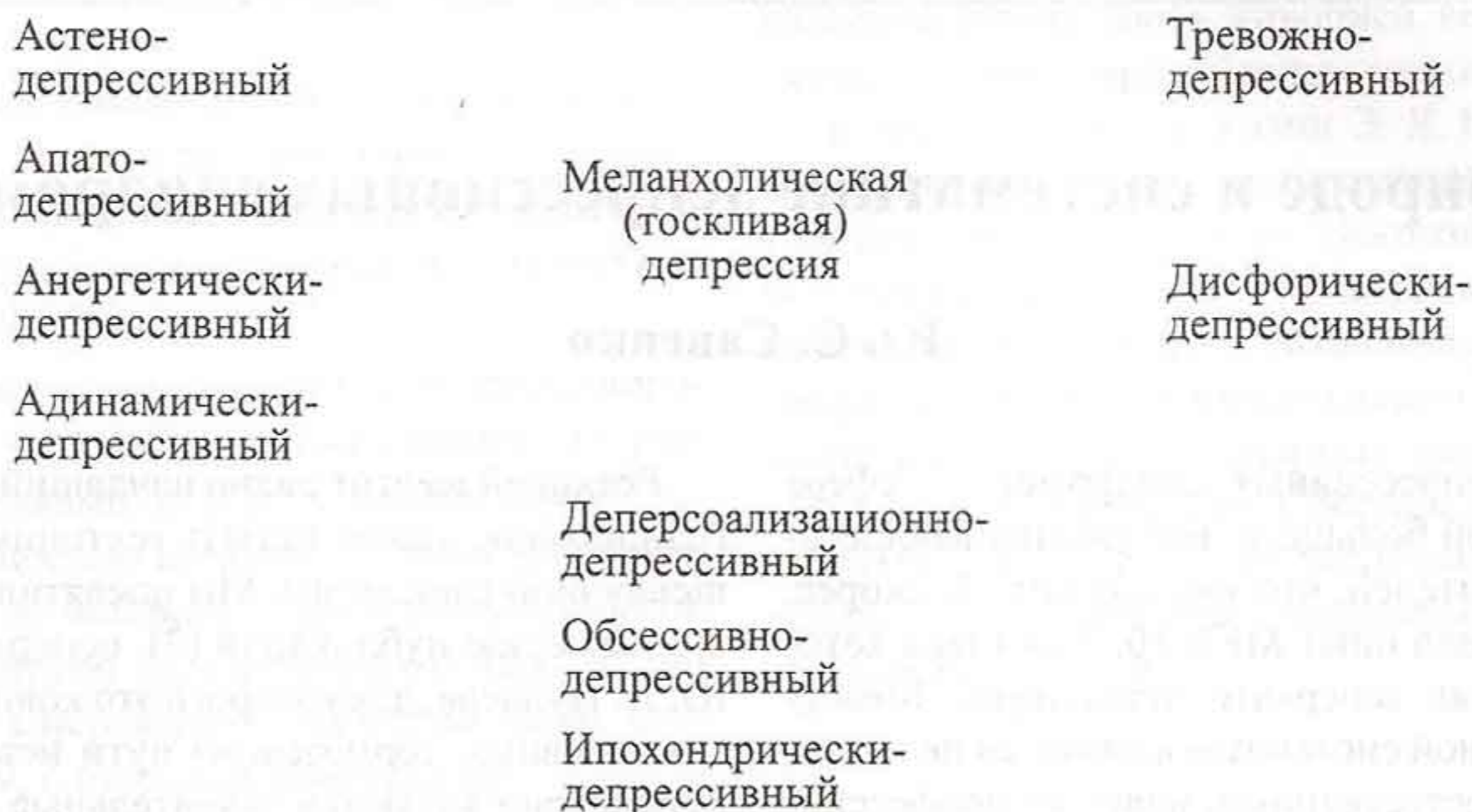


Схема 2

Структура аффекта по Филиппу Лершу

Содержание	Собственно аффективные характеристики	Мотивационные характеристики аффекта	Характер связи аффекта с "Я"
	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> Качество переживания Глубина </div>	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> Интенсивность Форма </div>	

В моей 30-летней давности докторской диссертации “Тревожные психотические синдромы” (1974), которая, как я постоянно убеждаюсь, продолжает звучать актуально, для разрешения этой проблемы был использован опыт разнообразной практики метода идеальных типов Макса Вебера.

Вместо того, чтобы исследовать действительно значительно более часто встречающиеся смешанные тревожно-депрессивные синдромы (что и привело к идее, что это вариации одного типа), было проведено исследование редких мономорфных типов: классического меланхолического, тоскливого синдрома и психотического тревожного синдрома. При этом при исследовании больных использовалась тонко разработанная феноменологической школой, в частности Филиппом Лершем (1960 г.) (5), структура аффекта (схема 2). Это, прежде всего, собственно аффективные характеристики: качество переживания и его глубина, составляющие сущность того или другого аффекта, далее мотивационные характеристики аффекта, его интенсивность и форма, содержание аффекта и характер его связи с “Я”. Так, качество переживания при тоске — это подавленность, опустошенность, безрадостность и однозначность переживаемого, с интенцией в прошлое, тогда как при тревоге — это угроза беды, катастрофы “вот-вот” и неопределенность

переживаемого с интенцией в будущее и т.д.. Это перечень не для опросника, а для прояснения этих аспектов в непринужденном общении с больным, где информация извлекается потом, из анализа и интерпретации зафиксированной беседы. К сожалению, несмотря на высокую эффективность использования этой матрицы, ее трудоемкость помешала широкому распространению.

Эти методические приемы позволили показать фундаментальное отличие тоскливого и тревожного синдромов, в основе которого, как выяснилось в эксперименте, лежит гиперконстантность восприятия при тоскливом и гипоконстантность при тревожном синдромах. На этом основании было аргументировано положение, что таксономию депрессивных синдромов следует строить, исходя из существования не одного депрессивного, а двух различных измерений: тоскливого и тревожного, а точнее: “тоски — эйфории” и “тревоги — апатии” (схема 3). Это два независимых измерения. Поэтому квалифицировать настроение каждого конкретного больного необходимо по обоим. Говорить об апатии, как третьем факторе, как это делала проф. О. П. Вертоградова (6), не приходится. Апатия — антоним тревоги, т.е. это то же самое измерение. В клинике можно встретить тревожно-апатический синдром в качестве комбинированного син-

Схема 3

Два основных измерения настроения

Измерение “подъема спада”
(приподнятости – подавленности)



Измерение
“устойчивости – неустойчивости”

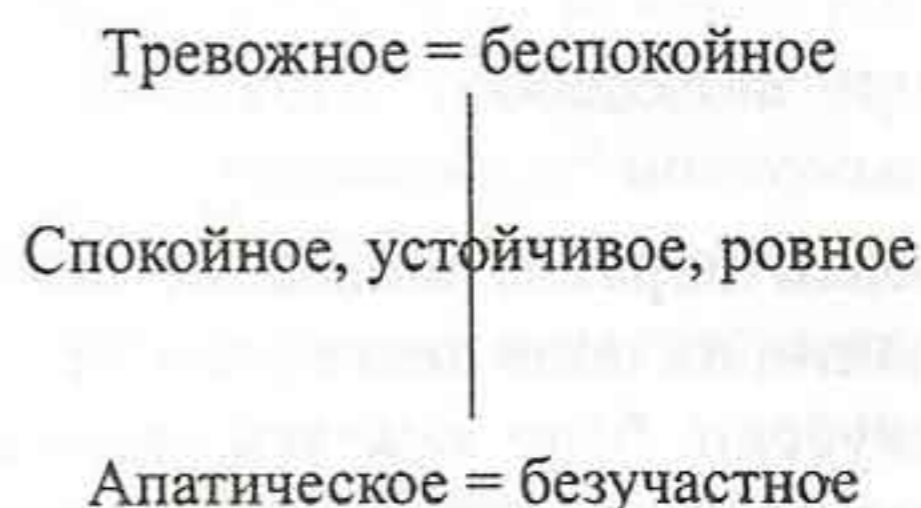


Схема 4

Таксономия тревожных и депрессивных синдромов

АНКСИОЗНЫЙ СИНДРОМ
(ТРЕВОЖНЫЙ)

С. Анксиозной заторможенности

ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫЙ СИНДРОМ
комбинированные и смешанные варианты

Тревожно-фобический синдром
Тревожно-дисфорический синдром

Тревожно (депр.) сенестопатический синдром
Тревожно (депр.) обсессивный синдром
Тревожно (депр.) деперсонализационный синдром

Тревожно-экстатический синдром

Синдром застывшей тревоги

МЕЛАНХОЛИЧЕСКИЙ СИНДРОМ
(ТОСКЛИВЫЙ)

Синдром анестетической депрессии
Астено-депрессивный синдром
С. Ажитированной меланхолии

Синдром депрессивного бреда

дрома, т.е. всплесков тревоги на фоне апатии, но совершенно бессмысленно говорить о смешанном тревожно-апатическом синдроме.

Опираясь на описание двух во многом противостоящих друг другу идеальных типов тоскливого и тревожного синдромов, мы получаем возможность находить четкое таксономическое место разнообразных комбинированных и смешанных синдромов (схема 4): комбинированных синдромов, когда речь идет об интермитирующем преобладании тоски или тревоги, либо вкраплений фрагментов одного на фоне другого, или смешанных синдромов, когда в каждый отдельный момент не удается точно разграничить характер переживания. В результате, число синдромов фактически удваивается, что в большей мере отвечает клинической реальности. Это не простое удвоение. Тревожно-фобические, тревожно-дисфорические, тревожно-экстатические синдромы не имеют аналогов с тоскливым фоном.

Наши данные подтвердили отмеченное Николаусом Петриловичем (7) прогностически более благоприятное течение мономорфных синдромов по срав-

нению с полиморфными, а в отношении последних более благоприятное течение комбинированных форм по сравнению со смешанными формами.

Итак, наиболее адекватным представляется таксономия депрессивных синдромов, исходящая из существования двух самостоятельных локусов, тоскливого и тревожного, терапевтическая и реабилитационная тактика при которых существенно различаются.

ЛИТЕРАТУРА

1. Тиганов А. С. Журнал “Психиатрия”, 2003, № 1, с. 6.
2. Савенко Ю. С. Новая парадигма в психиатрии // НПЖ, 1997, 1 – 4; 1998, 1.
3. Нуллер Ю. Л. Парадигмы в психиатрии — Киев, 1993.
4. Савенко Ю. С. Тревожные психотические синдромы (клинико-экспериментальное исследование). Докторская диссертация. М., 1974.
5. Lersch Ph. // Lersch Ph., Sander F., Thomae H. (hrsg). Handbuch der Psychologie. Bd. 4, Güttingen, 1960.
6. Вертоградова О. П. Депрессия (психопатология, патогенез) — М., 1980, с. 9 – 22.
7. Petrilowitsch N. Psychiatrische Krenkheitslehre und Psychiatrische Pharmakotherapie — Basel, 1968.

О предмете и методе в психиатрии

Б. Алмазов (Екатеринбург)

В развитие темы, обозначенной Ю. С. Савенко в статье "О предмете психиатрии" (НПЖ, 2003, № 2).

Ю. С. Савенко обратил внимание психиатров на нечеткость границ их поля деятельности, как бы приглашая к дискуссии. Мне кажется, читателям НПЖ следует откликнуться на его призыв и использовать предоставленную возможность. Ведь в дисциплинах, где грань между наукой и искусством весьма условна, теоретические взгляды больше зависят от солидарности профессионального сообщества, чем от непререкаемых законов бытия. Особенно в психиатрии с ее вечной зависимостью от авторитетов¹. Должно быть и сегодня есть основания не только для того, чтобы понять и усвоить содержание категорий "предмет" и "объект", сколько договориться об их (категорий) значении для обоснования наших научных и гражданских позиций в современных обстоятельствах. А при такой постановке вопросов на первую роль, безусловно, претендует категория "метод".

В отличие от соматической медицины, где семиология базируется если не на лабораторных данных, то хотя бы на эмпирически бесспорных фактах, а от врача требуется лишь умение компоновать их в синдромы соответственно логике патогенеза, психиатрический метод становится естественно-научным лишь на ограниченном пространстве феноменологического поля и, как правило, на короткое время в работе с пациентом. В остальном он в той или иной мере зависит от такого иррационального явления как личность, которая, как известно, может быть разрушена, стеснена в своих проявлениях или задета обстоятельствами, что и составляет объект работы психиатра. И здесь нужно отдавать себе отчет в том, в какой мере наш объект задает выбор метода, как в естественных науках, а в какой он (метод) сам формирует предмет исследования.

Личность как явление (способность жертвовать природно-целесообразным в пользу отвлеченных понятий, источник мотивообразующих переживаний, предмет страданий, объект работы над собой и т.п.), безусловно, присутствует в нашей жизни. Она обладает реальной силой, однако, как заметил З. Фрейд, измерить ее (силу) в объективных показателях нам вряд ли когда-нибудь удастся. Недаром все попытки свести представления о феноменах личности к обобщающей категории не вывели мысль за рамки схола-

стических рассуждений. Для примера можно взять формулировку В. Ядова, автора, отличающегося обычно точностью языка. "Личность — это целостность социальных свойств человека, продукт общественного развития и включения индивида в систему социальных отношений посредством активной деятельности и общения". Так что, скорее всего, следует согласиться с И. Кантом, заметившим, что "нравственный закон в людях" сравним с космосом, который объективен фактом своего влияния на нас, но недоступен как "вещь в себе", мнения о которой мы составляем в зависимости от параметров, которые закладываем в методы его исследования. Пресловутый "коперниковский поворот" в онтогенезе индивида, когда ситуационное развитие переходит в саморазвитие, и у человека появляется возможность взглянуть на себя со стороны, многократно и красочно описан, но его истолкование, как правило, не идет дальше объяснений, которые нужны специалистам, обязанным работать с конкретным личностным фактором: врачам, педагогам, юристам, политикам, социальным служащим. Достаточно сравнить интерпретацию феномена подростковых личностных реакций как кризиса в процессе патохарактерологического развития, перехода от предметного сознания к самосознанию в усвоении личного опыта, начала уголовной и гражданской дееспособности, психологической готовности к созидательной работе по строительству общества и государства, чтобы в этом убедиться.

По-видимому, и психиатрии следует смириться с тем, что ее предмет создается методом, а метод — целеполагающей установкой заказчика специальных познаний. В подтверждение этого я хотел бы сослаться на несколько исторических примеров.

Антропологические исследования убедительно демонстрируют, что до появления "слова" как мотива отказаться следовать целесообразным и безжалостным законам природного бытия, к разделу психических расстройств можно отнести разве что эпилепсию. Во всяком случае, в законах Хамураппи (древнейший из кодексов) имеется указание только на нее. И лишь после того, как психология предоставила возможность цивилизации накапливать нравственный опыт в форме обобщающих правил этики, морали и права, учение о душе (личности) отрывается от ее носителя настолько, что у психиатрии появляется пространство для существования. Однако ушло много времени, пока человек не рисковал выходить за рамки тотального и эмоционального (аффилиативного) отождествления себя с реальным окружением. Цивилизо-

¹ Достаточно вспомнить, что еще полвека назад в клинике А. В. Снежневского шизофрению диагностировали у 54 % госпитализированных, а у А. Чистовича — в 5,4 % случаев при одинаковых правилах приема больных в стационар, а организаторы четвертого Всесоюзного съезда невропатологов и психиатров спрашивали у его участников, считают ли те шизофрению душевным заболеванием.

ванно общинный строй, покровительствующий социально неприспособленным людям, брал на себя многие проблемы психической средовой адаптации “дефективных” или “негодящих”, так что нужда в психиатрах возникала лишь в случаях явного безумия или откровенно сумасбродного поведения. Специальная терминология соответствовала ожиданиям общества. И даже расцвет философской мысли о душе мало повлиял на психиатрическую диагностику, занимающуюся “качественно иными” мотивообразующими переживаниями.

Ситуация изменилась в конце XVIII — начале XIX веков, когда то ли человечество доросло до когнитивного консонанса и перестало бояться отчуждения, превратившись в индивидуалистов, то ли буржуазия накопила достаточно средств, чтобы, подманив людей “дешевой ценой товаров”, “смыть ледяной водой эгоистических расчетов” социальные гарантии и сделать каждого продавцом самого себя с полной свободой “умирать под забором”. — Для нашего изложения это не суть важно. Для психиатрии достаточно того, что человек, оставленный (выбравший путь) один на один с обществом и государством, предстал как носитель антропологического неравенства (в природе равенства не бывает). “Негодящих”, “опустившихся”, “дезадаптированных” нужно было описать, признаки квалифицировать, социальную поддержку обосновать. Кроме психиатров в те годы никто не мог этого сделать, и тем пришлось искать доказательства, свидетельствующие о присутствии личности в конкретном случае. Тут-то и обнаружилось, в какой мере динамика психиатрической мысли (как в теоретическом, так и в практическом отношении) зависит от конкретных исторических обстоятельств, а не внутренней динамики какой-либо идеи.

В странах, где личные интересы граждан, защищенные частным правом, доминируют в государственном устройстве, приоритет был отдан клиенту с его потребностью “упорядочить внутренний мир”. Психиатры углубились в проблемы сосуществования компонентов “Я”. Переживания, возникающие во взаимодействии с собой, составили феноменологическую основу их семиологии. Единство “Я” стало отправной точкой диагностического мышления. Там же, где общество было выше личности, где считалось, что “личность не уничтожается, а возвышается, сливаясь с обществом, семьей и государством”, на первый план вышла экспертная функция с присущей для нее классификацией расстройств по их влиянию на социальную адаптацию. При этом если школы психоаналитического направления мирились с существованием иных точек зрения, “общественно ориентированная психопатология” была настроена весьма агрессивно в смысле искоренения ереси с претензиями на роль “научного судьи” и “полицейского врача” в отношении тех, чьи психические расстройства могли послужить нарушению правил общежития. Потребовалось время, чтобы правозащитное движение обуз-

дало психиатрические амбиции, но в теории, как и раньше, ключевые признаки оставались по-прежнему связаны с деятельностью (черпаются из деятельностного подхода в психологии).

Так что, когда на сегодняшний день мы видим трогательное стремление ортодоксально настроенной части психиатрического сообщества примириться с “глубинно ориентированным” инакомыслием, нужно поискать ему исторически значимые предпосылки. И поскольку заказчиками на психиатрические услуги от лица государства выступают педагогика и юриспруденция, установить вероятные причинно-следственные связи с происходящими там изменениями.

Наступление лично ориентированной педагогики на позиции традиционно ориентированного (в сословном, классовом, национальном, религиозном, расовом и т.п. отношении) воспитания под лозунгом “идеологиям нет, идеалам да” было вызвано неумолимой реальностью. Глобализация с присущим для нее единством информационного, культурного, экономического пространства требует нового человека, так что поколение, которое по привычке воспитывали, эксплуатируя детскую потребность к аффилиативному отождествлению себя с коллективом, неизбежно обрушивается на своих предков со стихийным протестом, когда обнаруживает перед собой неизвестное и непонятное социальное пространство. Вот и нашей школе (с некоторым опозданием по сравнению с европейской) потребовался новый учитель, владеющий воспитанием как наукой.

Возникла серьезная методологическая проблема. Ведь никогда раньше в нашем отечестве педагог не документировал воспитательную работу с учащимся, пользуясь безусловным доверием со стороны общества к его искусству, реализуемому в строгих рамках коллективистической социальной политики. Тем самым, не создавалось эмпирического пространства, необходимого для сколько-нибудь научных обобщений, а любая попытка изменить существующий порядок вещей в пользу научного подхода наталкивалась на сплоченный отпор².

Естественно, встал вопрос, если старые учителя не могут и не хотят работать новыми методами, кто будет арбитром в спорах о качестве воспитания. Считать ли “личностную незрелость, сопровождающуюся недостаточностью критических способностей и позитивных факторов активности” психопатологией, как предлагают некоторые психиатры? Или отдать это поле деятельности психологам, смирившись с

² В первые годы перестройки я, пользуясь высоким покровительством представительной власти, доступным мне в те смутные времена по ряду обстоятельств, имел возможность поставить вопрос о перспективах науки воспитания перед Э. Днепровым (образованный министр просвещения — редкая удача и не воспользоваться ей, было бы просто грешно). Ответ был однозначным — профессиональное сообщество учителей в обозримом будущем к столь кардинальным изменениям не будет готово.

тем, что врачу уместно судить лишь о некоторых компонентах картины в целом, когда есть предмет приложения его специальных познаний? При этом необходимо отдавать себе отчет в том, что педагогическая диагностика это анализ изменений, наступающих в результате активной работы ребенка, а не данные разового освидетельствования.

Юриспруденция также меняет устоявшиеся взгляды на роль личности в системе отношений человека с обществом и государством, регулируемой правом. Прежде всего, речь идет о доктрине уголовного наказания, приведении ее в соответствие с современным укладом жизни. Ведь, как известно, до последних лет предпочтение отдавалось содержанию под стражей, где преступник осваивал навыки коллективного труда, гарантирующие социальную адаптацию после освобождения. “Зона” была слепком тоталитарного общества в его основных характеристиках. Нынче устаревшая морально система исполнения уголовного наказания фактически работает лишь на себя, что дорого и неэффективно.

Переход от “насильственного удержания” к “давлению на личность”, когда осужденный лишается субъективно значимых прав и возможностей, оставаясь в обществе, требует не только новых привычек в обращении с человеком, но и иных критериев в оценке индивидуальности. В частности, содержание вины, ранее жестко привязанное к факту содеянного, все больше учитывает привходящие обстоятельства, смещая поле состязания обвинения и защиты в сторону личности. Кодексы (не только уголовный) расширяют возможности суда реагировать на субъективные переживания человека, чьи “психофизиологические качества не соответствуют нервнопсихическим перегрузкам”.

Естественно, правосудие стало нуждаться в доказательствах участия личности в замысле и реализации конкретного деяния, без которых ни один судья не вправе выносить властное решение. И поскольку внутренний мир человека недоступен инструментальному исследованию, нужно договориться о признаках, которые были бы приняты в качестве таковых, не вовлекая, по образному выражению Г. Каплана и Б. Сэдока, “право в паутину псевдонаучной терминологии”.

Таким образом, нетрудно убедиться, что внимание психиатров к личности побуждается вовсе не стремлением расширить кругозор из соображений, продик-

тованных логикой научной мысли, а вполне реальным социальным заказом, вынуждающим осваивать новое профессиональное пространство. Личностно ориентированная педагогика, нацеленная на дисциплину во взаимодействии с самим собой, и личностно ориентированная юриспруденция с ее установкой на субъективно значимые факторы ответственности, задают ему (пространству) новые границы. Не говоря, уже о судебной практике в оказании психиатрической помощи, где врачебная интуиция и профессиональная эрудиция не гарантируют безусловного доверия к предъявляемым доказательствам. И хотим мы этого или нет, психиатрам придется выйти за пределы традиционных представлений о болезни, и вникать в теорию самосознания и концепцию психической средовой дезадаптации. Без этого рассуждения о предмете и объекте психиатрии будут неизменно заводить нас в схоластическую ловушку (см. статью Ю. С. Савенко).

Естественно, говорить о необходимости поиска аргументов в исследовании психопатологической составляющей взаимодействия личности и ситуации (биологической и социальной) вне симптоматики первого ранга гораздо легче, чем таковые предъявлять. По сути, это означало бы выход на новый уровень профессиональной культуры. И если педагоги (и юристы тоже) стараются по возможности оттянуть сроки внедрения научных методов в ментальность своих работников, поддаваясь лишь давлению со стороны общества, то стремление психиатров как можно дольше отсиживаться в нише корпоративной терминологии тем более понятно. Так что трудно сказать, сколько времени прогресс будет оставаться на уровне намерений официальных инстанций. Однако уже сегодня там, где научная мысль еще не научилась дистанцироваться в академические конструкции и соприкасается с жизненной реальностью (дипломники, аспиранты), она своими зачастую полупартизанскими способами формирует новое понятийное пространство личностного подхода в оценке состязания человека.

Со своей стороны я счел возможным, уместным и необходимым привлечь внимание психиатрической общественности к ожидающим нас (как мне кажется) перспективам и надеюсь, что в ходе дискуссии на страницах НПЖ высказанная точка зрения будут интересна читателю.

От редактора. Борис Николаевич Алмазов взглянул на проблему предмета и метода в психиатрии с социологической стороны, а я — с онтологически фундированной собственно психопатологической.

В таких случаях всегда одна сторона критикует другую за схоластику, а другая — за релятивизацию (социологизацию). И обе правы, если каждая стремится к империализму своей позиции в рамках одномерного рассмотрения. Онтологическая классификация не отменяет других принципов классификации, но является более фундаментальной.

Б. Н. чрезмерно заостряет проблему, утверждая, что динамика психиатрической мысли зависит от конкретных исторических обстоятельств, вполне реального социального заказа, а не внутренней динамики какой-то идеи. Последнее тоже имеет место, более того, когда оно происходит незаметно в глубине, оно основательней.

Представление о чисто социологическом, в частности корпоративном формообразовании границ понятий, в том числе, понятия болезни, как раз и представляет социологический, даже политический редукционизм, характерный для антипсихиатрического движения: исчезает само понятие психической болезни.

В. В. Мотов (Тамбов)

*Моим американским учителям и друзьям:
Dr. R. Ratner и Dr. B. Gouse*

ОБОЗНАЧЕНИЕ ПРОБЛЕМЫ

Выбирая для себя курсы в George Washington University на осенний семестр 2001 г.¹, я с некоторым удивлением обнаружил, что семинар по судебной психиатрии в этом престижном частном университете ведет психолог. В дальнейшем, наблюдая, как распределяются функции между психиатрами и психологами в St. Elizabeths², я опять испытал чувство теперь уже тревожного удивления. Мне показалось, что большую часть диагностической и лечебной работы выполняют там не психиатры, а психологи. Американские коллеги из St. Elizabeths, в свою очередь, удивились не меньше, услышав от меня, что в психиатрических больницах России психиатров значительно больше, чем психологов.

Последующие встречи и беседы с американскими профессионалами, занимающимися оказанием психиатрической помощи, усилили общее впечатление, что специалист с медицинским образованием перестает быть основной фигурой в американской психиатрии (по крайней мере, в муниципальных психиатрических больницах и психиатрических больницах штатов): его место постепенно занимает специалист, такого образования не имеющий.

Чтобы выяснить, не является ли это субъективным, поверхностным восприятием ситуации, поспешным обобщением психиатра-иностранца, я начал просматривать американские публикации по вопросу распределения функций специалистов, занятых оказанием психиатрической помощи. В результате стало очевидным, что на протяжении последних почти пятидесяти лет постоянно происходило перераспределение функций между американскими психиатрами, психологами и социальными работниками: функции врачей (психиатров) ограничивались, функции не врачей (психологов и социальных работников) расширялись.

¹ В течение 2001/2 академического года автор изучал психиатрию, судебную психиатрию и психиатрическое законодательство в университете Джорджа Вашингтона и Джорджтаунском университете в Вашингтоне, Округ Колумбия, оказавшись одним из победителей конкурса среди университетских преподавателей стран СНГ в рамках Junior Faculty Development Program, руководимой American Councils For International Education.

² St. Elizabeths - психиатрическая больница Святой Елизаветы - центральная муниципальная психиатрическая больница в Вашингтоне, Округ Колумбия.

Вот что писал профессор психиатрии Колумбийского университета, Dr. Seymour C. Post, в своем письме, опубликованном в “The New York Times”³ 19 марта 1985 г. (1):

“...В течение нескольких десятилетий социальные работники, психологи и медицинские сестры привлекались для решения непомерно трудной задачи — лечения психических болезней в стационарах и амбулаториях. Поначалу они имели другие задачи, однако им было разрешено проводить под наблюдением ограниченное лечение некоторых категорий пациентов. Они были, в сущности, “босоногие доктора” в этой борьбе. ...Многие из этих “босоногих докторов” поспешно сделали ошибочное заключение, что они полностью правомочны делать то, что поощрялось лишь в неотложных случаях, и сейчас представляют себя как независимые практикующие специалисты, способные лечить любых пациентов с любыми расстройствами. Они оставили должности с фиксированной зарплатой, где было, по крайней мере, подобие медицинского и психиатрического контроля, и вышли на рынок медицинских услуг.

Они часто либо не подозревают, либо намеренно отрицают, что у них нет достаточной психиатрической подготовки, которая только и является основой для диагностики и лечения. Результат — лечение ниже существующих стандартов. Депрессия, например, не диагностируется либо неправильно диагностируется и, как результат, назначается неправильное лечение; психотерапия назначается пациенту с таким типом фобии, который хорошо поддается лечению другими методами; физические симптомы неправильно интерпретируются как “психосоматические”... Каждый пациент, в результате, невольно играет в “русскую рулетку”. ...Степень, до которой они осмелели, видна из поданных или уже рассматривающихся исков против Американской психоаналитической ассоциации и Американской академии психоанализа — основных образовательных учреждений, обучающих врачей-психиатров. Иски требуют принудить эти организации проводить обучение не врачей... Смогут ли “босоногие доктора” вытеснить врачей? Опустится ли уровень лечения психических и эмоциональных расстройств до нижайшего предела?”.

³ Все переводы с английского в данной статье выполнены автором.

Когда и почему началось драматическое перераспределение функций между американскими психиатрами, психологами и психиатрическими социальными работниками? Какие силы вызвали и поддерживают этот процесс? Почему, несмотря на противодействие американского психиатрического сообщества, движение в направлении “демедицинизации” психиатрии продолжается? Что может означать для российских психиатров принятие в далеком штате Нью-Мексико закона, позволившего психологам с 1 июля 2002 г. назначать и проводить медикаментозное лечение психиатрическим пациентам? Не окажутся ли психиатры на периферии психиатрии, и не перестанет ли существовать сама психиатрия, в привычном для нас значении этого слова, оказавшись уже в ближайшие 20 – 30 лет поглощенной психологией? На эти вопросы я пытаюсь ответить в данной статье.

АМЕРИКАНСКИЕ СПЕЦИАЛИСТЫ В ОБЛАСТИ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ. КТО ОНИ?

Три основные группы специалистов в области психического здоровья занимаются лечением пациентов с психическими расстройствами в США в настоящее время: врачи-психиатры, клинические психологи и социальные работники в психиатрии. Поскольку стандарты образования и профессиональной подготовки в Америке заметно отличаются от существующих в России, краткая характеристика каждой из этих групп может быть уместной для более полного понимания ситуации.

Врачи-психиатры: чтобы стать врачом-психиатром в США, выпускнику средней школы потребуется не менее 12 лет обучения. 4 года — первая ступень высшего образования с концентрацией на изучении биологии, химии, физики, завершение которой ведет к получению степени бакалавра, затем 4-х летняя университетская медицинская школа, успешно закончив которую, выпускник получает степень M. D.⁴, и еще 4 года — психиатрическая резидентура, являющаяся необходимым условием членства в Американской психиатрической ассоциации. Формально законодательство большинства штатов разрешает практиковать психиатрию любому врачу-непсихиатру, имеющему лицензию штата (2). Однако практически представители медицинской профессии сами установили стандарт, согласно которому заниматься психиатрией может лишь врач, закончивший резидентуру по психиатрии и являющийся членом Американской психиатрической ассоциации. Только к таким врачам направляются психиатрические пациенты врачами других специальностей. Только такие врачи имеют право работать психиатрами в стационарах (3).

⁴ MD — Medical Doctor (аналог русского термина “врач-лечебник”).

Клинические психологи: в большинстве штатов США выпускник средней школы должен потратить не менее 9 лет для того, чтобы стать практикующим клиническим психологом. 4 года занимает обучение на первой ступени высшего образования до степени бакалавра, еще 4 года — программа для получения степени Ph. D.⁵ или Psy. D.⁶. Она включает в себя курсы по общей психологии, теории личности и психодинамике, патопсихологии, методам диагностики, психотерапии, избранные аспекты физиологии, анатомии и годичную стажировку в психиатрическом стационаре. После успешного завершения программы молодой “доктор философии в психологии” или “доктор психологии” должен закончить одногодичную клиническую интернатуру, после чего он или она может заниматься клинической психологией самостоятельно (4).

Социальные работники в психиатрии: выпускнику американской средней школы требуется не менее 8 лет обучения для того, чтобы стать сертифицированным социальным работником в психиатрии. 4 года университетского образования до степени бакалавра, после чего для получения степени мастера в области социальной работы будущему специалисту необходимо еще 2 года учебы в университете. За это время он или она приобретают начальные знания в области поведения и развития человека, динамики интерперсональных отношений, семейной и групповой психотерапии, навыки общения с пациентом, умение использовать ресурсы общества во благо пациентов. После завершения программы и получения степени мастера, необходима 2-х летняя практика под наблюдением одного из членов Академии сертифицированных социальных работников, успешное завершение которой ведет к получению сертификата и разрешению работать самостоятельно (5).

До 1940-х годов функции представителей этих 3-х групп были четко распределены: психиатры, безоговорочно доминируя в психиатрии, полностью отвечали за диагностику и лечение. Только они имели право быть экспертами в области психического здоровья и проводить судебно-психиатрическую экспертизу. Психологи, занимавшиеся главным образом теоретической, исследовательской работой, к тому времени только начинали осваиваться в психиатрических больницах. Их функции ограничивались помощью психиатрам в диагностике психических расстройств и проведении отдельных видов психотерапии под контролем психиатров. Социальные работники отвечали за адаптацию пациента к жизни в семье и обществе.

⁵ Ph. D — Philosophy Doctor (В данном конкретном случае — “Доктор философии в психологии” — аналог российской степени “кандидат наук”).

⁶ Psy. D — Psychology Doctor (“Доктор психологии” — аналог российской степени “кандидат психологических наук”).

С начала 1950-х годов, однако, положение начало меняться. Появление психотропных препаратов, позволивших в значительной степени контролировать нарушенное поведение больных с психозами, стимулировало создание психиатрических отделений в многопрофильных больницах, значительно расширило возможность лечить пациентов амбулаторно, в связи с чем усилился отток психиатров из государственных психиатрических больниц, которые во все большей степени стали рассматриваться как архаичные, не соответствующие духу времени учреждения, стигматизирующие пациентов. Нарастающая нехватка психиатров в государственном секторе явилась одним из факторов, способствовавших расширению функций психологов.

ВЫЗОВ МЕДИЦИНСКОЙ МОДЕЛИ ПСИХИЧЕСКОГО РАССТРОЙСТВА

В следующем десятилетии американские психиатры встретились сразу с несколькими вызовами. Первый пришел, как это ни странно, из их же среды, от группы “инакомыслящих” коллег, поставивших под сомнение аксиому, что психическая болезнь есть медицинская категория и что психические болезни реально существуют. Так, Thomas Szasz, психиатр и психоаналитик, наиболее полно и аргументировано выразивший то, что впоследствии получило название “антипсихиатрия”, писал, что психическая болезнь — это “миф, функция которого, маскировать и таким образом делать более приятной горькую пилюлю моральных конфликтов в человеческих отношениях” (6). Психиатрия же, по его определению, есть “современная дисциплина, занимающаяся проблемами жизни, а не болезнями мозга, которые принадлежат неврологии” (7). “...Вера человека в христианство ли, в коммунизм ли, в то ли, что его внутренние органы гниют и тело его уже мертво, не может быть объяснена дефектом или болезнью нервной системы... Пациент может утверждать, что он Наполеон или, что его преследуют коммунисты. Это рассматривалось бы как симптомы психического расстройства, если наблюдатель считает, что пациент не есть Наполеон или что его не преследуют коммунисты. Становится очевидным, что утверждение: “X есть психиатрический симптом” включает в себя суждение, которое содержит скрытое сравнение между идеями, концепциями и убеждениями самого пациента и наблюдателя, а также и общества, в котором они живут” (8). Понятие психического симптома, таким образом, неизбежно привязывается к социальному и, в особенности, этическому контексту, выводится из области медицины. Формируется новая немедицинская, а социальная модель психической болезни, лечением которой, следуя этой логике, должны заниматься не врачи, а психологи и социальные работники

КАК АМЕРИКАНСКИЕ СУДЫ ПЕРЕРАСПРЕДЕЛЯЮТ ФУНКЦИИ ПСИХИАТРОВ И ПСИХОЛОГОВ

Американская судебная система, в отличие от бывшей советской или теперешней российской, принимала и принимает активнейшее участие в перераспределении функций между психиатрами, психологами и социальными работниками и внесла свой вклад в “демедицинизацию” психиатрии в США. В 1962 г. Апелляционный суд округа Колумбия в деле *Jenkins v. United States* установил стандарт, согласно которому клинический психолог, имеющий степень Ph. D может не просто интерпретировать результаты проведенного им психологического тестирования испытуемого, но и устанавливать “медицинский диагноз” и давать заключение о наличии или отсутствии связи противоправного деяния с имеющимся у испытуемого психическим расстройством (9). В последующем большинство штатов внесли изменения в законодательство и разрешили клиническим психологам со степенью Ph. D давать заключение о вменяемости и решать другие экспертные вопросы, бывшие прежде прерогативой психиатров (10).

Более того, в 1980 г. Апелляционный суд США для 4 округа в деле *Virginia Academy of Clinical Psychologists v. Blue Shield of Virginia* отменил существовавший ранее контроль со стороны психиатров за психологами, проводящими психотерапию, признав незаконной практику страховых компаний, требовавших для оплаты счета психолога за проведенную психотерапию, утверждения этого счета психиатром (11).

Наконец, в 1990 г. Верховный Суд штата Калифорния в деле *Association of Psychology Providers v. RANK* вынес решение, согласно которому, больницы, оказывающие психиатрическую помощь в штате Калифорния, имеют право разрешить своим психологам самостоятельно принимать пациентов в стационар, устанавливать им диагноз, проводить лечение и осуществлять выписку, признав недействительной инструкцию Департамента здравоохранения штата Калифорния, требовавшую, чтобы психологи делали это под наблюдением психиатров (12).

СИСТЕМА МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ И ПРОЦЕСС “ДЕМЕДИЦИНИЗАЦИИ” ПСИХИАТРИИ

Однако наиболее серьезный вызов американским психиатрам пришел от структур, занимающихся медицинским страхованием. В 1960 – 80 гг. страховые компании оплачивали медицинские полисы ретроспективно, — оплачивали все, что врачи или больницы вносили в счет. В связи с быстрым ростом технической оснащенности медицины, старением населения, беспрецедентным ростом числа исков против врачей и рядом других факторов, плата за медицин-

ские услуги постоянно росла. В 1960 г. затраты на здравоохранение в США составляли 4,6 % совокупного национального продукта, в 1970 г. — 7,0 %, а к 1994 г. они достигли 13,9 % (13). В результате, и страховые компании, для которых рост стоимости медицинских услуг означал уменьшение доходов, и работодатели, для которых медицинское страхование работников требовало все больших затрат в связи с ростом стоимости страховых полисов, начали активный поиск возможностей уменьшить стоимость лечения. Так появились managed care organizations (MCO) — организации, являющиеся либо частью страховых компаний, либо самостоятельными структурами, в задачи которых входит решать, действительно ли процедура, исследование или данный вид лечения являются необходимым для пациента, т.е. контролировать стоимость медицинских услуг (14). В результате, страховые компании начали оплачивать лишь ограниченный спектр лекарств, а для назначения дорогостоящих процедур или исследований необходимо заключение второго врача (15). В психиатрии это привело к стремлению заменить лечение у психиатра обращением к психологу или социальному работнику, т.к. стоимость услуг психиатра на 50 % выше, чем клинического психолога, и более, чем в 2 раза выше, чем социального работника в психиатрии (16). Многие страховые компании теперь соглашаются оплачивать лечение у психиатра только, если пациент нуждается в биологическом лечении. Наконец, страховые компании стали ограничивать покрываемое страховкой количество посещений психиатра и требовать от психиатров объяснять необходимость каждого следующего визита. По замечанию Dr. R. Alarson: “Если разрушение авторитета и влияния врача было одной из целей managed care, можно сказать, что такая цель была достигнута с различными уровнями успеха” (17).

АМЕРИКАНСКИЕ ПСИХОЛОГИ И ПСИХОФАРМАКОТЕРАПИЯ

С начала 90-х годов прошлого века американские психологи, — а численность клинических психологов со степенью Ph. D. или Psy. D. составляла к 1996 г. уже более 70 000 в сравнении с 345 000 практикующих психиатров (18), — стали настойчиво предпринимать активные попытки внедриться в область психофармакологического лечения. Американская психологическая ассоциация и психологические ассоциации штатов развернули широкую кампанию с целью убедить законодателей штатов разрешить медицинским психологам назначать медикаментозное лечение пациентам с психическими расстройствами. При этом приводились следующие аргументы (19).

1. Некоторые категории медицинских работников, не являющиеся врачам, имеют полное или частичное право назначать лекарственные препараты. Например, в большинстве штатов оптометристы могут огра-

ниченно назначать лекарственное лечение. В 47 штатах полную или частичную возможность выписывать лекарства имеют некоторые практикующие медицинские сестры. В 40 штатах лекарства разрешено выписывать помощникам врачей (20).

2. Большая часть психотропных препаратов выписывается не психиатрами, а врачами общей практики, не имеющими достаточной подготовки в лечении психических расстройств (21).

3. Существующий из-за дороговизны ограниченный доступ к психиатрической помощи может быть расширен, если психологам разрешат проводить медикаментозное лечение (22).

И вот 6 марта 2002 г. произошло то, чему так противились психиатры и чего так добивались психологи: губернатор штата Нью-Мексико Gary Johnson подписал принятый накануне законодателями штата закон (вступивший в силу 1 июля 2002 г.), разрешающий психологам назначать психотропные препараты пациентам в штате Нью-Мексико (23).

Необходимость принятия этого закона аргументировалась тем, что 72 из 90 лицензированных психиатров штата Нью-Мексико работают в двух крупных центрах штата — Санта Фе и Альбукерк, и пациенты удаленных районов штата вынуждены ожидать приема у психиатра до 5 месяцев; 75 % лиц с психическими расстройствами в штате Нью-Мексико не получают лечения; уровень суицидов в возрастной группе 15 – 24 года на 75 % выше среднего по США; при этом 175 из 400 лицензированных клинических психологов живут вне двух крупных центров штата, и получение ими разрешения проводить медикаментозное лечение лиц с психическими расстройствами могло бы заметно улучшить ситуацию (24).

Принятый закон требует от психологов, желающих получить разрешение на право назначать и проводить медикаментозное лечение, пройти 450 часовую теоретическую подготовку по неврологии, фармакологии, физиологии, патофизиологии, клинической фармакотерапии, физическим и лабораторным методам исследования и 400 часовую практику, в ходе которой психолог должен пролечить не менее 100 пациентов с психическими расстройствами под наблюдением психиатра. Успешно закончивший теоретическую и практическую части программы и сдавший сертификационный экзамен психолог получает временный сертификат на 2 года, разрешающий назначать лекарственные препараты под контролем врача. По завершении 2-летнего периода психолог может обратиться за получением сертификата, разрешающего назначать и проводить медикаментозное лечение самостоятельно. После получения постоянного сертификата психолог обязан купить страховку (для защиты против исков о том, что проводимое им лечение ниже существующих стандартов) и ежегодно в течение 20 часов повышать свою квалификацию (25).

Американская психиатрическая ассоциация (АПА) назвала этот закон результатом “циничных, экономически мотивированных усилий некоторых элементов организованной психологии добиться законодательно установленного полномочия, не имея преимуществ, даваемых медицинским образованием и подготовкой” (26). Президент Американской психиатрической ассоциации Dr. R. Harding 6 марта 2002 г. заявил, что законодатели и губернатор штата Нью-Мексико подвергают риску здоровье и безопасность пациентов (27).

“НАЧИНАЮЩАЯСЯ КАТАСТРОФА” ГЛАЗАМИ АМЕРИКАНСКОГО И РУССКОГО ПСИХИАТРА

В мае 2002 г. в Филадельфии на 155 съезде Американской психиатрической ассоциации (АПА) один из наиболее авторитетных судебных психиатров США, врач с безупречной моральной репутацией, Dr. P. Appelbaum, выступая в качестве избранного Президента АПА, назвал актуальную ситуацию в американской психиатрии начинающейся катастрофой и призвал принять срочные меры для предотвращения полномасштабного коллапса системы психиатрической помощи (28).

Яркость, резкость, страстность его аргументированной и очень короткой (по российским стандартам) речи произвели сильное впечатление не только на меня. По инициативе Dr. Appelbaum была сформирована рабочая группа АПА, анализировавшая положение дел в американской психиатрии и выработавшая рекомендации относительно улучшения состояния психиатрической помощи. В подготовленном этой группой документе, выпущенном 3 апреля 2003 г., отмечено, что система оказания психиатрической помощи находится в состоянии близком к хаосу. Из-за ограничений, накладываемых существующей системой медицинского страхования, затруднена амбулаторная психиатрическая помощь, стационарные пациенты выписываются преждевременно, недолеченными. В большинстве штатов ощущается недостаток психиатрических коек, нарастает количество лиц с тяжелыми психическими расстройствами в местах лишения свободы и среди бездомных. Одним из главных источников кризиса является недостаточное финансирование системы оказания психиатрической помощи (29).

Здесь я хочу на короткое время отклониться от темы и обратить внимание читателя, незнакомого с американской действительностью, на необходимость удержаться от соблазна трактовать выражение “начинающаяся катастрофа” американской психиатрии с точки зрения российского опыта и российских реалий. Российский человек, попадая в Америку, тотчас видит, насколько по-разному градуированы американская и российская “линейки”. То, что понимается в

Америке под “качественной психиатрической помощью” или, например, “начинающейся катастрофой” в психиатрии, отличается от того, что понимается под этим в России настолько, насколько уровень и качество жизни среднего американца отличается от уровня и качества жизни среднего россиянина (разница здесь огромная). Мы живем “в разных экономических измерениях” и неизбежно вкладываем разный смысл в такие понятия как “предметы первой необходимости”, “минимальная заработная плата”, “средний уровень жизни”, “стандарты медицинской помощи” и т.д.

Знакомясь в течение года с американской психиатрией “изнутри” в разных качествах (студент, временный приглашенный психиатр, преподаватель судебной психиатрии), стажирясь в частном психиатрическом стационаре и в муниципальной психиатрической больнице, я видел не только это драматическое перераспределение функций между психиатрами, психологами и социальными работниками. Постоянно вольно или невольно сравнивая ситуацию “у нас” и “у них”, я не мог не восхищаться условиями работы коллег, высоким (даже по американским меркам) уровнем их благосостояния, качеством лечения в частном психиатрическом стационаре медицинского центра университета Дж. Вашингтона, тем, как воплощены в повседневную практику этические стандарты в отношениях “специалист в области психического здоровья - пациент”, заметно более высоким (не просто гарантированным законом, но существующим в реальной жизни) уровнем защиты прав психиатрических пациентов, особой чувствительностью специалистов в области психического здоровья к таким категориям как личная свобода пациента и защита конфиденциальности. Профессиональная подготовка американских психиатров, психологов, социальных работников вызвала также безусловное уважение.

И если бы психиатрическая помощь в России каким-то чудесным образом вдруг оказалась сегодня на американском уровне, российские психиатры, уверен, бросились бы поздравлять друг друга, а не предупреждать о “начинающейся катастрофе”.

РОССИЙСКАЯ ПСИХИАТРИЯ НА ПОРОГЕ “ДЕМЕДИЦИНИЗАЦИИ”

Являются ли процессы, происходящие в американской системе оказания психиатрической помощи, значимыми для психиатров и пациентов России, где в отличие от Соединенных Штатов, контроль государства за состоянием дел в психиатрии значительно более силен, где частнопрактикующий психиатр или психолог, а тем более социальный работник — не правило, а исключение, где профессиональные организации психиатров и психологов неизмеримо менее влиятельны, где система медицинского страхования подобна трехмесячному младенцу, который только начинает держать голову, а суды не принимают ника-

кого участия в процессе распределения обязанностей между специалистами в области психического здоровья?

Мысленно перенесемся на несколько десятилетий назад: 1957 г., Великобритания, “diminished responsibility” (“уменьшенная ответственность”) для некоторых категорий правонарушителей с психическими расстройствами вводится в английское право (30). Если бы советских судебных психиатров в то время спросили, произойдет ли что-нибудь подобное в их родной стране в обозримом будущем, уверен, ответ был бы отрицательным. Прошло ровно 40 лет, и близкое понятие — то, что психиатры называют “ограниченная вменяемость”, появилось в российском уголовном праве. 1959 год. Представим себе, что советских психиатров спрашивают, произойдет ли в Советском Союзе в обозримом будущем только что осуществленный в Англии перевод специальных психиатрических больниц из ведения Министерства внутренних дел под контроль Министерства здравоохранения (31)? Уверен, ответ был бы опять отрицательный. Между тем, это произошло в Советском Союзе с интервалом 29 лет. 1983 год. Представим, что нас спрашивают, возможно ли в нашей стране принятие закона, подобного утвержденному в том же году в Англии новому закону о психическом здоровье, установившему судебный контроль за недобровольной госпитализацией пациентов с психическими расстройствами (32)? Думаю, большинство из нас ответило бы отрицательно. Прошло 10 лет, и мы получили такой судебный контроль здесь в России.

Нельзя не видеть, что нарастающие взаимосвязь, взаимозависимость и унификация процессов, происходящих в цивилизованном мире, — реальность. Россия, постепенно интегрируясь в мировое сообщество, трансформируя экономику, законодательство в соответствии с евро-американскими стандартами, неизбежно и во все большей степени будет испытывает на себе влияние этих процессов.

Нельзя не видеть также и то, что глобализация, по существу, лишь эвфемизм “американизации”. Анализ происходящего сегодня в американской психиатрии дает возможность понять, с какими вызовами могут столкнуться российские психиатры в ближайшем будущем.

Что мы должны предпринять уже сейчас, чтобы предотвратить угрозу демедицинизации психиатрии здесь, в России?

Начнем с осознания существующей ситуации.

ЛИТЕРАТУРА

1. Post S. And Now the Age of the Barefoot Psychotherapist. New York Times, May 19, 1985, p. 20.

2. Rogow A. The Psychiatrists. New York, G. P. Putman's Sons, 1970, p. 48.
3. Ibid.
4. Morse S. Crazy Behavior, Morals and Science: An Analysis of Mental Health Law. 51 So. Cal. L. Rev., 1978, pp. 533 – 535.
5. Allen R., Ferster E., Rubin J. Reading in Law and Psychiatry. Baltimore, The Johns Hopkins University Press, 1975, pp. 25 – 26.
6. Szasz Ts. Repudiation of the medical model. In Psychopathology Today. Edited by Sahakian WS, Itasea III, FE, Peacock, 1970, p. 53.
7. Szasz Ts. Ideology and Insanity. Doubleday, New York, 1970, p. 14.
8. Ibid., pp. 17 – 21.
9. Jenkins v. United States, 307 F. 2d 537 (1962).
10. Glass R. The Psychologist as Expert Witness: Science in the Courtroom. 38 Md. L. Rev., 1979, pp. 539, 544 – 554.
11. Virginia Academy of Clinical Psychologists v. Blue Shield of Virginia, 624 F. 2d.467 (1980).
12. California Association of Psychology Providers v. RANK, 51 Cal.3d.1, 270 Cal. Rptr.796,793 P. 2d 2 (1990).
13. Alarcon R. Culture and Ethics of Managed Care in the United States, In Ethics, Culture and Psychiatry. Edited by Prof. Ahmed Okasha, Prof. Julio Arboleda-Florez, Prof. Norman Sartorius. Washington DC, London, England. American Psychiatric Press, 2000, pp. 83 – 101.
14. Stoline A. The emergence of organized systems of care, in New Roles for Psychiatrists in Organized Systems of Care. Edited by Lazarus JA, Sharfstein SS. Washington, DC, American Psychiatric Press., 1998, pp. 3 – 22.
15. Morreim E. Balancing Act: The New Ethics of Medicine's New Economics. Georgetown University Press, Washington, DC, 1995.
16. Reisner R., Slobogin C., Rai A. Law and the Mental Health System. 3rd edition. American Casebook Series. West Group. St. Paul, Minn., 1999, 1218, p. 54.
17. Alarcon R. Culture and Ethics of Managed Care..., p. 96.
18. Reisner R., Slobogin C., Rai A. Law and the Mental Health System..., p. 58.
19. Ibid., p. 127.
20. Ibid.
21. Ibid.
22. Ibid.
23. PsycNET 2002 American Psychological Association: New Mexico Governor Signs Landmark Law on Prescription Privileges for Psychologists. www.apa.org/practice/nm-txp.html.
24. Ibid.
25. Ibid.
26. Ibid.
27. Barrett S. Why Psychologists Should Not Be Licensed to Prescribe Drugs. www.quackwach.com/oPolitica/Activities/txpl.html.
28. Appelbaum P. Averting An Incipient Disaster. APA 155 Annual Meeting The Daily Bulletin, Issue 4, May 22 – 23, 2002, p. 1, col. 3.
29. APA Task Force A Vision for the Mental Health System, April 3, 2003, pp. 1 – 11 www.psych.org/news_stand/visionreport040303.pdf.
30. Higgins J. The Mentally Abnormal Offender and His Society, in Mentally Abnormal Offenders. Edited by Michael Craft and Ann Craft. Bailliere Tindall. London, Philadelphia, Toronto, Mexico City, Rio De Janeiro, Sydney, Tokyo, Hong Kong, 1984, p. 2.
31. Ibid., p. 4.
32. Gostin L. Mental Health Law in England and Wales 1983: An Exposition and Leads for the Future, in Mentally Abnormal Offenders. Edited by Michael Craft and Ann Craft. Bailliere Tindall, pp. 224 – 267.

Трансформация диагноза

Семинар проводил проф. В. Г. Ротштейн (14 декабря 2000 г.)

Врач-докладчик С. В. Исмаилова

Вашему вниманию представляется больная С., 1950 г. рожд. Поступила в Московскую психиатрическую больницу № 3 им. В. А. Гиляровского 03.07.2000 г.

Анамнез. Наследственность психическими болезнями не отягощена. Мать работала много лет прачкой, по характеру трудолюбивая, сильная, периодами “жесткая”, настойчивая, настояла на переезде из Алма-Аты в Москву, когда отец потерял работу, а больной было 3 года.

Отец работал машинистом. По характеру мягкий, покладистый, трудолюбивый, умер в 53 года от инсульта. В семье взаимоотношения всегда были ровные, доброжелательные.

Наша больная в детстве перенесла скарлатину без осложнений. В остальном росла здоровой, веселой, активной. В школу пошла в 7 лет, училась хорошо, успевала помогать матери по хозяйству и заниматься общественной работой. Имела много друзей, участвовала в художественной самодеятельности, занималась спортом, активно помогала отстающим, нравилось быть нужной другим. Менструация с 13 лет. Гинекологический анамнез без особенностей. В 1968 г. поступила вместе с подружкой в институт химического машиностроения на вечернее отделение, т.к. на дневное было трудно поступить. Через полгода бросила учебу из-за размолвки с подружкой. На следующий год поступила в тот же институт на дневное отделение. Училась успешно, по-прежнему была общительной, много занималась общественной работой, “всегда на виду”. Отличалась влюбчивостью. Познакомилась с молодым человеком, встречалась с ним в течении нескольких лет. Вместе с друзьями и с молодым человеком ходили в походы на байдарках. В возрасте 25 лет вышла замуж. Выяснилось, что муж “тихо пьет”, бил ее, пропивал вещи, был против рождения детей. Больная была вынуждена делать мед. аборты. Через 1,5 года развелась с мужем, жила с матерью, училась в институте.

В 1973 г. закончила институт, по распределению работала сначала в институте информации, затем 20 лет — в авиационном НИИ. Имела репутацию ответственного, добросовестного, отзывчивого человека, “висела на доске почета”, встречалась с друзьями, ходила на вечеринки. В 29 лет вышла замуж повторно, муж был старше ее на 13 лет. Во время беременно-

сти наблюдалась врачами по поводу резус-конфликта. Родила ребенка, который неожиданно умер накануне выписки из роддома от пневмонии. Тогда впервые на 2 недели возникло постоянно подавленное настроение с тоской, апатией, казалось, что мир вокруг “мертв”. Перенесла ангину с подъемом температуры до 40 °С. Вышла из депрессии самостоятельно, появилась уверенность, что “обязательно родит двух детей”. Решила забеременеть от человека с резус-отрицательной кровью. Нашла такого, и в 32 года родила здоровую девочку. Через 1,5 года вновь вернулась к работе.

С мужем отношения не складывались, и по ее инициативе они разошлись, когда дочери было 2,5 года.

В 1985 г. поступила в аспирантуру, ездила в командировки, занималась общественной работой, пыталась в промежутках между работой ухаживать за дочкой, которая воспитывалась бабушкой. В этот период больная стала быстро уставать, ночами беспокоили боли в области сердца, “жила на кофе”. Ночами работала над диссертацией. В 1987 г. появилось ощущение, что больше не может работать, “мозг сейчас закипит”, испытывала физическую боль “внутри головы” от того, что нужно думать. В связи с этим давала себе отдохнуть 7 – 10 дней.

С 1987 года по 1992 г. эти состояния повторялись трижды. В 1992 г. защитила кандидатскую диссертацию. Казалось, что полна сил и все сможет. Настроение, судя по всему, было немного повышенным. Но, вскоре, из-за реорганизации на службе, пациентке пришлось искать другую работу, т.к. платили очень мало. Семья жила очень бедно, недоедали. В 1997 г. перешла в военную академию лаборантом, где в перспективе обещали преподавательскую работу. При низкой зарплате, объем работы был очень большим, приходилось работать ночами. Больная крайне уставала, чувствовала, как “голова внутри визжала”, а она “ее насилвала”, была физически и психически истощена. Пыталась работать в торговле, затем, лаборантом в химической лаборатории.

Постепенно утратила надежду найти работу в Москве. Появилось ощущение, что просто умирает от слабости и истощения. Поехала прощаться с друзьями, которые предложили ей в долг денег, чтобы она купила дом под Костромой. Заняла денег и переехала

в деревню, где купила дом и пасеку. Мать и дочь отказались переезжать с ней. Дочь должна была поступать в институт, поэтому переезд был отложен. Пациентка тяжело переживала разлуку с близкими, обвиняла себя в том, что не может обеспечить их материально. Пыталась как-то устроить свой быт на новом месте. Поступила на работу в сельский магазин, обрабатывала огород, занималась пасекой. Очень уставала. За последние 1,5 года потеряла в весе 25 кг.

В первых числах мая 2000 г. была найдена друзьями у нее дома без сознания. Скорой помощью была госпитализирована в больницу поселка Нерехта под Костромой. Помнит, что ее осмотрел психиатр, что она плакала от бессилия и безысходности. После осмотра была стационарирована в острое отделение психиатрической больницы поселка Никольское под Костромой. Испытала чувство страха, шок оттого, что находилась в психиатрической больнице, среди психически больных, чувствовала выраженную слабость, настроение было подавленным, тревожным. Через 3 дня пребывания в остром отделении ее перевели в санаторное отделение, где лечилась 3 недели. Перед выпиской пропал аппетит, появилось отвращение к еде, но, скрыла это от врача из-за того, что ей было психологически тяжело там находиться.

Выписана 26 мая 2000 г. Дома все лекарства сразу же выбросила, т.к. была уверена, что ничего страшного с ней не случилось, все, что происходит с ней — неправда. Вернувшись домой, застала дом разграбленным, пчелы на пасеке погибли. Испытала сильное потрясение от всего увиденного, начала сильно заикаться, ничего не ела. В тот же день, посоветовавшись с друзьями, решила уехать в Москву, т.к. не могла больше находиться в деревне из-за всего происходящего. Дома нашла своих близких крайне озабоченными тяжелым материальным положением. В течение недели искала работу, но не нашла. Не ела, плохо спала, снились кошмары. Уходила из дома, т.к. ей казалось, что стены дома давят на нее, не могла там оставаться. 4 июня 2000 г. была найдена матерью дома во время приступа, при котором голова была сильно запрокинута назад (больная сидела на стуле), свело мышцы шеи, почти не могла дышать, хрипела. Скорой помощью госпитализирована в ГКБ № 33 по поводу затрудненного глотания, спазма жевательной мускулатуры, заикания, сильной слабости в нижних конечностях.

19 июня на фоне лечения появилось небольшое улучшение: смогла пить бульон через соломинку. Выписана с диагнозом: "Синдром вегетативной дистонии, астено-депрессивный синдром". Рекомендовано обратиться в ПНД. Дома перенесла ангину, но лечилась домашними средствами, т.к. не было денег ни на лекарства, ни на еду. Физически еще более ослабела.

Настроение было резко сниженным, испытывала чувство тоски, тяжесть, "комки" за грудиной. Не спала, не ела. Испытывала затруднение при совершении

любого действия, например, перехода через дорогу. Не читала, не смотрела телевизор, с трудом переносила громкие звуки и свет, появилось отчуждение к близким, высказывала идеи самообвинения. Беспокоили назойливые мысли о материальных трудностях, сомневалась во всем. Обратилась в ПНД с просьбой о госпитализации и была стационарирована в ПБ № 3.

Соматический статус. Резко пониженного питания. Кожные покровы бледные. Дыхание жестковато. Единичные сухие хрипы. Тоны сердца приглушены. Артериальное давление 115 × 70 мм.рт.ст. Зев чистый, спокойный, налетов нет. Живот мягкий, безболезненный. Язык умеренно обложен беловатым налетом. Анализы в пределах нормы.

Неврологический статус. Астенизирована. Зрачки равные. Движения глазных яблок в полном объеме. Фотореакции сохранены. Лицо симметрично. Глотает свободно. Очаговой симптоматики со стороны ЦНС не обнаружено. Тонус мышц конечностей обычный. Сухожильные рефлексы равны. Патологических знаков нет. Координаторные пробы выполняет удовлетворительно. Нарушений чувствительности нет. На ЭЭГ без очаговых нарушений. На эхо ЭГ смещения М-эхо нет. Третий желудочек расширен.

Психический статус. При поступлении больная ориентирована правильно. Контакт доступен. Сетует на материальные затруднения, на отсутствие улучшения жизни своих близких. При упоминании о дочери плачет. При этом отмечается затруднение речи, проглатывает слова. Рассказывает, что попытки найти работу (все равно какую) оказались неудачными. Испытывает угрызения совести из-за этого, отчаяние от безысходности в этой ситуации. Суицидальные мысли категорически отрицает. Дает согласие на лечение в психиатрической больнице. Поступила в острое отделение 3 июля. На фоне лечения отмечалось небольшое снижение депрессивных расстройств. Больная начала самостоятельно есть, общаться с окружающими, перестала плакать. 13 июля переведена для продолжения лечения в санаторное отделение, где повторился приступ без потери сознания с запрокидыванием головы назад, с тризмом жевательной мускулатуры, который длился около 15 минут, и был купирован внутримышечным введением реланиума. После чего 10 августа больная возвращается в острое отделение с ухудшением состояния, где проводилась терапия амитриптилином, аминазином, неуплептилом. Состояние было относительно удовлетворительным, но периодически приступы повторялись. 11 сентября больная переведена снова в санаторное отделение. Отмечались депрессия с тоской за грудиной, плаксивостью, астенией, тревогой, склонностью к самообвинению, отсутствием аппетита. Испытывала чувства сжатия, в виде двух дуг, которые появляются у нее в эпигастральной области, сжимая область эпигастрия. Были присоединены аурорикс в дозе 300 мг в сутки, транквилизаторы и средние дозы нейролептиков. На

фоне лечения наметился постепенный регресс депрессивной симптоматики. Больная стала немного активнее, уменьшилось чувство тоски, “ком” за грудной не ощущала. Стала активнее общаться, ходила на прогулки, ждала маму, хотя, раньше это было в значительно меньшей степени. Сон восстановился, появился аппетит, но остаются выраженными астенические расстройства. Крайне высокая степень утомляемости: к вечеру больная чувствует себя как “выжатый лимон”. Снижена память. Периодически, после каких-то эмоциональных нагрузок, возникает приступ в виде спазма шейных мышц и в меньшей степени, тризма жевательной мускулатуры. Самостоятельно справиться с этим не может. Испытывает ощущение “магнита” в затылке, который буквально “приклеивает” ее голову к подушке. На сегодняшний день психический статус в основном определяется астеническими расстройствами.

Заключение психолога. Больная первый раз обследовалась в 18 сентября. Растеряна, тревожна, фон настроения значительно снижен; голос тихий, срывающийся, иногда заикается. Жалуется на слабость, тревогу, нарушение работоспособности. При этом смысл обследования понимает, задание выполняет. Работает тяжело, с паузами и остановками, астенизировано, медленно, каждое действие дается ей с большим усилием. Память значительно снижена. Динамика: 4, 6, 8, 9 и отсроченное воспроизведение с большим трудом 6 слов. Произвольное опосредование не улучшает запоминания: воспроизводит по методу пиктограмм шесть слов из одиннадцати. Значительно нарушена способность к концентрации, сужен объем внимания. Астенизация такая, что классическое обследование пришлось проводить два раза. В этот момент истинный интеллектуальный уровень определить было трудно из-за тяжелого состояния больной. В настоящее время продуктивность умственной деятельности крайне низкая: испытывает затруднение при выполнении простых заданий. Категориальный уровень решения задач доступен, допускаются отдельные ошибки, связанные с субъективно-аффективной установкой мышления. При более-менее правильно сделанной классификации объединяет уборщицу с лыжником: “поработал — отдохнул”. Легко выполняет только задания, не требующие ориентировки в новом материале, например, пословицы объясняет правильно. Не справляется с устным счетом, испытывает затруднения при выделении существенного. Ассоциативный процесс замедлен, затруднен, ассоциации инфантильны, эгоцентричны, аффективно окрашены. На слово “болезнь” — человек плачет, на слово “страх” — страшное существо. На слово “ссора” рисует череп с перекрещенными костями, говорит, что смерть ближе всего к ссоре. На слово “разлука” рисует стрелу, вылетающую из лука, что означает: стрела разлучается с луком. Суждения с налетом расплывчатости, чего при первом обследова-

нии не было. Графика указывает на астенизацию и легкость возникновения тревожных реакций. Проективные методы показывают личностную незрелость, инфантильность, имеет место тревожность, аффективная неустойчивость, регрессивная реакция в ответ на стрессы, т.е. паника, чувство беспомощности, потребность во внешней опоре и поддержке, нереальность предлагаемых выходов из ситуации. Отмечается также выраженное депрессивное состояние, усталость, потребность в отдыхе. Таким образом на первый план выступает тяжелое депрессивное состояние, сопровождающееся значительным снижением работоспособности, астенизация, ослабление памяти, идеаторная заторможенность, медлительность, снижение концентрации и объема внимания, общее снижение продуктивности умственной деятельности. Отмечается личностная незрелость, инфантильность, беспомощность, регрессивные тенденции, усталость, легкость возникновения тревожных реакций. Спустя полтора месяца, стала существенно меньше астенизация, меньше депрессия. Сохраняется аффективная дезорганизация мышления, испытывает трудность выбора правильного решения, не может выполнить простые задания, впадает в состояние близкое к ступору. При этом можно выделить отдельные неадекватные ассоциации.

ВОПРОСЫ К ВРАЧУ-ДОКЛАДЧИКУ

— Скажите пожалуйста, есть ли положительная динамика в соматическом статусе?

— У нее улучшился аппетит, ест самостоятельно, спокойно, поправилась на 10 кг. Внешне выглядит спокойной, менее тревожной и апатичной, но истощаема. Физически слаба. Ее первоначальный вес был на 15 кг выше.

— Как она проводит свободное время?

— В свободное время она ходит на прогулки, общается с другими больными, с мамой, смотрит телевизор.

— Долго ли она смотрит телевизор и гуляет?

— Нет. На какие-то длительные прогулки у нее не хватает сил. Энергетический потенциал значительно снижен.

— С какими пациентами она общается и на какие темы?

— Обсуждает оформление группы инвалидности, т.к. материальное положение семьи очень трудное.

— Проводилась ли психотерапия?

— Больная занималась с психотерапевтом. Было несколько сеансов. В связи с отпуском занятия были прерваны, но эффект был неплохим: уменьшилась депрессия. Сейчас мы решили повторить цикл занятий, но к сожалению, усилились приступы. Субъективно она чувствует улучшение от общения с психотерапевтом, но после гипнотерапии приступы участились.

— Рентгенография черепа проводилась?

- Да.
- Там все нормально?
- Да.

БЕСЕДА С БОЛЬНЫМ

— Проходите, пожалуйста. Садитесь. Как Вы себя чувствуете? Лучше Вам стало?

- Да, лучше.
- В чем стало лучше?

— Я, прежде всего, перестала заикаться, зубы разжались.

— Что значит: зубы разжались?

— Я, когда поступила в больницу, у меня были зубы сжаты. Я не могла есть. Потом, тоска за грудиной, она “размылась”, я ее уже не чувствую. Настроение стало таким, что хочется выздороветь, “подняться”.

— А чего не хватает для того, чтобы Вы себе могли сказать: Я здорова?

- Слабость сильная. Появился какой-то магнит.
- Что за магнит?

— Первый раз я его почувствовала, когда приехала в Москву в конце мая. До этого я лежала в больнице в Костроме.

— Вы почувствовали этот магнит, когда Вы после костромской больницы приехали в Москву? Как Вы его почувствовали, что это такое?

— Я села на стул, меня стало тянуть назад.

— Вы почувствовали, что Вас стало тянуть назад или Вы почувствовали, что в голове есть какая-то железка, вроде магнита?

— Мне казалось, что это как магнит. Я пыталась этому препятствовать, но голову тянуло назад.

— Значит, когда Вы говорите: “как магнит”, то это Вы образное выражение употребляете? Просто Вы так объясняете свое ощущение?

— Да.

— Это не значит, что Вы в голове чувствовали какой-то посторонний предмет?

— Нет.

— Вы чувствовали, что Вас клонит назад, что Вы не можете удержать голову, одновременно у Вас челюсти сжались?

— Это произошло уже потом. Это произошло после.

— Сначала Вы почувствовали, что Вас клонит назад?

— Да. Сначала наклонились шейные позвонки, а потом стала грудь наклоняться так, что я не могла сидеть, начала задыхаться.

— Настолько Вас согнуло, что Вы начали задыхаться?

— Да, очень больно было.

— В таком состоянии Вас нашла мама?

— Да. Она пошла гулять с собакой, а когда вернулась, я уже хрипеть начала, потому что хотела позвать на помощь, но в горле пересохло все.

— Это случилось совершенно неожиданно для Вас? Вы перед этим чувствовали себя прилично?

— Перед этим мне было не очень хорошо в том плане, что у меня был стресс, когда я из больницы в Костроме вернулась, дом был razoren. Мне пришлось возвращаться в Москву. Я уже есть не могла.

— Значит, началось все с того, что магнит появился или с того, что Вы не смогли есть?

— Сначала я есть могла, рот у меня открывался, а после стресса, после магнита, когда подносила ложку ко рту, зубы стали сжиматься.

— Еще раз по порядку. Вы выписались из костромской больницы, обнаружили, что дом Ваш razoren и, что Вам надо ехать в Москву, вслед за этим, какие начались расстройства: с едой или с магнитом?

— Я не могла есть.

— Потому, что челюсти не разжимались?

— Нет. Просто не было аппетита. Я ничего не могла есть потому, что меня тошнило от еды.

— Просто организм не принимал пищи?

— Да. Еще я начала заикаться.

— Еще что появилось?

— Потом я перестала спать. Еще я не могла находиться в квартире, мне обязательно нужно было выйти на улицу.

— Почему Вам нужно было выйти на улицу?

— Было такое чувство, что я задыхаюсь в квартире. Когда я ложилась спать я не могла голову класть на подушку, начинала задыхаться.

— Что же Вы голову держали на весу?

— Я просто на высокой подушке спала.

— На низкой подушке не могли лежать?

— Да.

— Потом, какие расстройства появились?

— Заикание появилось. Я стала искать работу, но ничего не получилось, я стала заикаться сильнее. Есть я уже совсем не могла.

— Почему?

— Тут, скорее всего, приступ произошел. Я могла только пить сквозь зубы. А, на другой день после приступа у меня зажались губы и я уже пить не могла.

— Перед тем, как этот приступ случился, Вы расстроились, что-нибудь случилось?

— Я была в каком-то напряжении.

— Это Вы все время были в напряжении, а непосредственно перед приступом никакой неприятности не случилось?

— Я переживала постоянно, потому что не знала, как жить дальше. Когда я возвращалась домой, у меня появилось чувство, что я могу сойти с ума, надо быстрее ехать домой.

— А что это за чувство такое было?

— Я сидеть не могла вообще. Я сидела на платформе и силой заставляла себя сидеть. Меня что-то заставляло вставать и ходить.

— Что именно заставляло вставать? Тревожно было?

— Я не знаю, не могу сидеть и все.

— А голова как в это время работала?

— Тяжесть была, во первых, тоска усилилась. От тоски в груди давило сильно и под ложечкой давило. Тоска и страх.

— Страх чего?

— Сойти с ума.

— Не было в это время в голове какой-то “каши”, когда мысли перебивают друг друга? Почему такая идея, что сойду с ума, а не умру, например?

— Мне казалось, что я сейчас сознание потеряю.

— Когда Вы уже у нас лежали, эти приступы все-таки повторялись, когда как магнит в затылке?

— Сначала повторялся в 8-м отделении, но не очень сильно, а в 9-м отделении я уже чувствовала себя нормально. Думала, что меня скоро выпишут, но скоропостижно скончался мой бывший муж. Дочь в это время сдавала экзамены, и для нее это было такое потрясение, что она тоже может попасть в такую же больницу и у меня снова приступ случился. Но, он был не такой сильный.

— Насколько я понял, приступов было несколько?

— Да.

— И каждый раз это было связано с какими-нибудь неприятными известиями?

— Как поволнуешься. И после того как пошла на психотерапию, показалось, что участились приступы.

— Вы, на сеансах психотерапии как-то нервничали, в напряжении сидели?

— Нет. Я полностью доверяла врачу, потому, что она по-человечески отнеслась и очень хотела помочь.

— Почему усилились приступы, непонятно?

— Непонятно.

— Теперь я бы хотел спросить о Вашей прошлой жизни. Вы же очень успешно работали. Вы учились в аспирантуре, защитили диссертацию, правильно? Как же получилось, что Вы потеряли работу и оказались вообще не у дел? Как это произошло?

— Я работала в оборонном комплексе. Перестали платить зарплату. Сначала платили с задержками. Я пять лет надеялась что ситуация изменится.

— Вы оставались на этом месте?

— Да. У меня была очень интересная работа. Я думала, что учиться дальше буду. Мне всегда очень нравилось учиться. Потом надежды стали таять. Мы начали голодать, и я стала искать другую работу.

— После того, как Вы начали искать другую работу, Ваше материальное положение поправилось или, наоборот, ухудшилось?

— Ухудшилось.

— Так, что лучше бы даже не уходили с работы?

— Может быть даже и так. По крайней там можно было как то продержаться, а так пришлось начинать все с нуля.

— Когда у Вас была трагедия с резус-конфликтом, помните? Вы приняли нетривиальное решение: забеременеть от человека, от которого не могло быть резус-конфликта. Вам трудно далось это решение?

— Нет. Просто с первым мужем у меня не складывались отношения. Было два аборта. Роды были. Я боялась, что со второй беременности, с третьей начнется конфликт. Я боялась, что в моей ситуации так и будет, а мне очень тяжело было бы выдержать еще одну трагедию.

— Такой не очень приятный вопрос. Как же Вы вот так просто у людей спрашивали, какая у них кровь резус положительная или резус отрицательная?

— Ну, женщины вообще хитрые.

— Как же здесь может проявляться эта хитрость? Как тут можно схитрить?

— Я не знаю, как это получалось, но я старалась это сделать незаметно для человека.

— Что бы он не фиксировал внимание на этом?

— Да.

— Что это за ощущение под ложечкой, как будто два полукруга сжимаются?

— Иногда, бывает, что как будто стягиваются две дуги и хотят сомкнуться.

— Внутри, в животе?

— Нет. Под ложечкой. Как будто давит на всю поверхность, как будто что-то есть внутри и сжимает.

— И, по-прежнему сильно устаете?

— Я, когда пол мою, то могу донести только треть ведра воды.

— Это физическая слабость. А психологически? Вы устали, например, от нашей беседы?

— Я пока не устала. Я быстро устаю, когда читаю.

— Вы быстро устаете, потому что Вам не интересно читать?

— Я напрягаюсь больше.

— От чего Вы напрягаетесь?

— Приходится концентрироваться, чтобы читать.

— А Вам трудно внимание концентрировать?

— Да.

— Вы себя лучше чувствуете утром или вечером?

— Когда сумерки, то тут однозначно хуже. Иногда бывает днем или вечером, но сумерки всегда хуже.

— А утром как себя чувствуете?

— Бывает, что хорошо, а потом, как-то немножечко “наваливается”. Но, все равно, сейчас стало намного легче, чем раньше. Вера появилась в то, что я выздоровлю. Я улыбаться стала. Раньше я ходила, у меня лицо было как бы сжато, я не могла расслабиться. А, сейчас я могу спокойно разговаривать и улыбаться.

— Скажите пожалуйста, Вы сейчас понимаете, что Вы болеете?

— Да, я понимаю.

— А мне доктор сказал, что когда Вы выписались из костромской больницы, Вы сразу же выбросили все таблетки, потому что решили, что здоровы.

— Я думала, что это просто случайность. Я думала, что я такая сильная, что я могу справиться с любой ситуацией.

— Хотели думать, что никакой депрессии не было?

— Я была в шоке от того, что я попала в эту больницу, потому что я такого просто не предполагала. Когда меня везли на машине, я думала, что меня везут в какую-то городскую больницу, где врачи более сильные.

— Вас ведь друзья тоже нашли в остром состоянии, перед тем, как Вас в костромскую больницу положили?

— Я смутно это помню. Я помню, что когда меня привезли в больницу, я заснула на стуле, а когда пришла врач, разбудила меня и сказала, что у меня был очень глубокий сон.

— У кого есть вопросы?

ВОПРОСЫ ВРАЧЕЙ К БОЛЬНОЙ

— Как Вы считаете, с какого возраста Вы душевнобольны?

— Я считаю, что я больна только вот сейчас. Хотя по жизни приходилось много плакать, но вроде поплачешь, а потом можешь опять смеяться.

— Ваша болезнь, как я понял, заключается в реакции на какие-то ситуации?

— Да, я достаточно остро реагирую на предательство, меня предавали близкие друзья.

— С какого возраста Вы считаете себя больной?

— Я всегда считала, что я здорова, а заболела совершенно случайно. Я вспоминаю Кострому и очень жалею, что я так рвалась из нее, потому что не знала, что болезнь может быть такой коварной.

— В чем коварство Вашей болезни?

— Я думала, что уже не попаду в больницу, а оказалось, что попала очень быстро в еще более тяжелом состоянии.

— Вы по характеру как-то изменились за последнее время?

— Да, характер у меня изменился. У меня раньше было много командировок, много встреч, много друзей, а сейчас я стала более замкнутой.

— Чем Вы это объясняете?

— Тем, что все не клеилось, личная жизнь не складывалась. Я решила, что у меня дочка есть, буду ее растить, больше мне ничего не надо.

— Какой Вы были раньше по характеру? Такая живая, веселая, энергичная, общительная, а потом вдруг “скисали” ни с того ни с сего?

— Обычно ни с того ни с сего не бывало, только если ситуация сложится так, что предадут, то плакать приходилось.

— А были состояния повышенного настроения, когда диссертация легко делалась, прилив энергии, казалось, что все под силу?

— Такие ситуации тоже были. Были такие, что еще капля и мозг не выдержит.

— Вы были веселой, любили шутки, прибаутки?

— В любой компании всегда весело.

— Вы обследовались когда-нибудь у эндокринолога?

— Нет. Я врачей не любила.

— Это ощущение “магнита” появляется в последнее время?

— Оно иногда проявляется в слабой форме. Мне сейчас лекарства колют и все проходит.

— Как быстро проходит?

— Мне укол сделают, я лягу, засну, а проснусь, уже все нормально.

— Если бы у Вас внезапно появились деньги или досталось наследство, Вы бы лучше себя почувствовали?

— Я бы лучше себя чувствовала. Хотелось бы быть полноценным человеком. Потому, что я хочу работать, так, как я работала раньше.

— Значит, материальные трудности не главное в Вашей жизни, главное сейчас Ваше состояние?

— В данном случае материальное положение важно очень, потому что, прежде всего, нужно физически выжить и восстановиться.

Врач-докладчик: — В нашей больнице пациентке выставлен диагноз: “Депрессивный эпизод умеренной степени с соматическими симптомами, истероконверсионные расстройства”. Но, поскольку у пациентки состояние не спровоцировано психотравмирующими ситуациями, есть мнение, что это все-таки эндогенный процесс.

Ведущий: Определите пожалуйста, в какой системе диагностики Вы находитесь сейчас, в традиционной или в системе МКБ-10?

— Если в традиционной, можно говорить о затяжной реактивной депрессии. И в качестве альтернативы предлагается диагноз вялотекущей неврозоподобной шизофрении с соматофункциональными расстройствами.

— Какие аргументы в пользу одного и в пользу другого?

— В пользу первого диагноза свидетельствует начало всех патологических проявлений после каких-либо выраженных ситуационно обусловленных психозомоциональных стрессов с типичной депрессивной триадой: снижением настроения, чувством витальной тоски, астенией, идеаторно-моторной заторможенностью. За вялотекущую шизофрению свидетельствуют сенестопатические ощущения, немотивированный страх, деперсонализация, нарастающий аутизм, снижение энергетического потенциала.

— Вы склоняетесь к какому диагнозу?

— Ко второму.

— Спасибо.

ОБСУЖДЕНИЕ

(К сожалению, обсуждение удалось записать лишь частично).

Участник семинара: Действительно, в преморбиде это синтонная личность. Можно говорить даже о циклотимической личности. Она энергичная, активная, действенная, защитила диссертацию. И мы видим переход циклотимии в маниакально-депрессивный психоз. Считается, что в рамках циклотимии человек может стряхнуть с себя депрессию. Я видел

таких больных. Но наступает этап, когда они сами уже не могут выйти из этого состояния. Психотравма спровоцировала, способствовала возникновению глубокой депрессии. В силу этого больная значительно снизилась, начались материальные проблемы, не могла устроиться на работу. В литературе мало пишется о психогении на фоне депрессии. Здесь, как раз, произошло это. Наслоились истерические реакции, как защитные реакции, как первичные примитивные защитные реакции. На фоне психотравматизации больная остро переживает тяжелое материальное положение. Конечно, развивается астенический синдром, даже вплоть до органической микросимптоматики. Мы смотрим на истерию как-то очень легко. Раньше, лет двадцать назад, в диспансерах больным с истерией и психотравмой, которую нельзя было разрешить, давали группы инвалидности. Потому, что ничего нельзя было сделать. У нашей больной тоже такая ситуация: психотравма не разрешается. Получается, таким образом, замкнутый круг. Можно поставить в настоящее время диагноз: “маниакально-депрессивный психоз с психогенной реакцией”. Психогения не дает выйти из этого состояния. Лечение депрессии как-то смягчает картину, но выйти из ситуации не дает.

Ведущий: Да, диагноз здесь сложноватый. Я не могу забыть своих учителей, в частности Андрея Владимировича Снежневского, который призывал экономить собственные мозговые усилия. Он говорил: “Для того, чтобы их экономить, нужно цепляться за решающие аргументы, отбрасывая пока второстепенное”. Наша больная яркий пример такого рода случаев, когда нужно, прежде всего, разделить, что главное, а что, нет. Первая депрессия возникла после смерти ребенка, потом семейные проблемы, материальные неполадки. Если мы в это погрузимся с самого начала, то наверняка потратим кучу времени и собственной энергии, и не до чего не доберемся. Поэтому, давайте поступим иначе, как учил Андрей Владимирович. Давайте посмотрим на основные вещи, определяющие течение болезни у этой больной. Попробуем посмотреть достаточны ли они для диагностики или нет. Я собираюсь рассуждать в рамках нашего традиционного представления о классификации психических болезней. Потому что с точки зрения МКБ-10 тут все достаточно понятно. Надо поставить несколько рубрик: повторный депрессивный эпизод в рамках биполярного расстройства плюс конверсии и плюс еще что-нибудь. И все будет в порядке. Это не очень интересно.

Теперь с точки зрения традиционной классификации психических заболеваний. Давайте попробуем определить ее статус. То, что он депрессивный, я думаю, ни у кого не вызывает ни сомнений, ни возражений. Правда, есть серьезные особенности. Во-первых, в нем присутствуют грубые истерические расстройства, грубейшие расстройства, до “дуги”. Во-вторых, в статусе присутствует астения, тоже до-

статочно выраженная. Этот статус не позволяет решить диагностику, он только позволяет очертить круг дифференциальной диагностики. Это, действительно, может быть и маниакально-депрессивный психоз, и резидуальная органика, поскольку астения такая выраженная, и, конечно, шизофрения, и реактивное состояние. Депрессия со всеми этими особенностями не способна исключить ни одного из этих диагнозов. Все это может быть в рамках любого из этих четырех заболеваний. Поэтому нам придется привлечь какие-то дополнительные особенности, лучше из статуса, а если не получится, то из анамнеза. Опять-таки, в целях “экономии собственных сил”, постараемся исключить то, что исключить легче всего. Легче всего исключить, как мне кажется, органику. По нескольким причинам. Во-первых, потому что, астения у нее чудная, постоянная. Она не проходит от того, что больная здесь, будучи не нагружена никакой работой, остается в состоянии астении. Кроме того, она не может читать, потому что вынуждена напрягаться и быстро устает. При этом, от достаточно длительной беседы здесь, в аудитории, которая предъявляет большие нагрузки, большие требования, она не испытывает чувства усталости. Это не органическая астения. К тому же, невропатолог ничего не находит, на рентгене ничего нет и т.д. Поэтому, мне кажется, что легче всего исключить именно органику. У нас остаются три возможности: маниакально-депрессивный психоз, реакции, шизофрения. Давайте дальше. Больная на протяжении своей жизни перенесла целый ряд аффективных фаз. Я насчитал их как минимум восемь. Первая была несомненно реактивно спровоцированная. Последующие трудно связать с очевидными психическими травмами. Формально описание ее статуса наводит, прежде всего, на предположение о маниакально-депрессивном психозе или циклотимии, в данном случае это не важно. Речь идет только о выраженности фаз и больше ни о чем. Но целый ряд вещей этому предположению противоречит. Я уже не говорю о тех особенностях статуса, который мы сейчас упомянули. Они не очень укладываются в представление о депрессии в рамках маниакально-депрессивного психоза. Здесь есть еще одно — личность. Настоящий маниакально-депрессивный психоз неразрывно связан с определенными особенностями личности. Когда я слушал анамнез, у меня вначале было ощущение, что именно так личность и описывается. Кстати анамнез собран не очень хорошо. Собран не анамнез жизни, изложена биография. Разница между анамнезом и биографией заключается в том, что биография есть перечень событий, которые пережил человек, а анамнез есть перечень психических статусов, которые были у человека на протяжении его жизни. А там об этом можно только догадываться. Так вот, вначале, когда она была влюбчивая, веселая, прекрасно училась, была всегда на виду, создавалось впечатление, что личность похожа на ту,

которая присуща больным маниакально-депрессивным психозом. Но когда она потеряла первого ребенка, когда возникли сложности с резус-конфликтом, когда она подыскала себе партнера с резус-отрицательной кровью, то такое рассудочное поведение в рамках циклотимной личности быть не может. Ведь ее выбор сексуального партнера вообще не был связан с эмоциями. Он был связан, прежде всего, с необходимостью обеспечить нормальную беременность. Это абсолютно рассудочное поведение, чуждое циклотимным больным. Поэтому диагноз маниакально-депрессивного психоза ставится под сомнение. Дальнейшее течение болезни с появлением конверсионных расстройств и некоторых других, о которых я чуть позже упомяну, исключают этот диагноз. Реактивное состояние. Я не исключил его раньше, чем маниакально-депрессивный психоз, по одной существенной для меня причине. Вряд ли в аудитории есть хоть один человек, который бы мог предположить, что это чисто реактивная депрессия. Но, дело в том, что в рамках шизофрении описана такая форма, как латентная шизофрения. Латентная шизофрения описывается так, что психозы у больных возникают как реактивные. По клинике они не обязательно бывают чисто аффективными, они бывают и бредовыми, и галлюцинаторными, но по генезу они всегда как бы реактивные. Они никогда не возникают без реактивной провокации. И с этой точки зрения можно порассуждать применительно к нашей больной. Не исключено, что здесь речь идет о латентной шизофрении, потому что большинство ее психозов провоцировались психическими травмами. Если посмотреть на длинную ее болезнь, на то, что происходило, начиная с тридцати лет, когда она первый раз перенесла депрессию, а сейчас ей пятьдесят, то видно, что болезнь прогрессирует. И это проявляется в двух полях. С одной стороны у нее прогрессирует симптоматика: все больше и больше атипизируются депрессии. Они атипизируются путем прибавления к депрессии двух взаимоисключающих во всех случаях (кроме шизофрении) расстройств: расстройств истерического регистра и расстройств навязчивого регистра. И тот, и другой регистр у нее присутствуют. У нее была паническая атака. Сегодня она рассказала об одной. Помните, она испугалась, что сходит с ума. Это паническая атака. Это регистр обсессивно-фобический. А с другой стороны, присутствие истерического регистра не нуждается в доказательствах, он на лицо. Еще Снежневский в 1962 году на своих лекциях говорил, что если Вы видите и то и другое одновременно у одного больного, то это шизофрения, и других аргументов быть не может. Это первое поле, в котором прогрессирует проявляется с полной очевидностью. Второе — ее социальная адаптация. Посмотрите, что с ней произошло. Я понимаю, что были очень тяжелые годы, которые мы все пережили. Но подумайте: успешная аспирантка, защитившая диссертацию, лю-

бившая науку, начинает заниматься торговлей, потом какой-то пасекой. В торговлю, правда, многие из “оборонки” уходили, нечего было делать, но пасека, деревня. Это поступки, нелепость которых была очевидна даже ее семье. У меня есть одно замечание. Поскольку лечащий врач тоже склонен к этому диагнозу, я абсолютно не понимаю назначения гипнотерапии. Еще Кербигов говорил, что при шизофрении гипноз противопоказан.

Лечащий врач: Она сама изъявила желание этим заниматься.

Ведущий: Она может хотеть, что угодно, но это решает врач.

Лечащий врач: У нас на кафедре профессор Бурно успешно занимается гипнотерапией. Противопоказана гипнотерапия там, где есть бред психического автоматизма, бред преследования и т.п., где возможны неадекватные реакции.

Ведущий: Но ведь у больной участились припадки, несмотря на то, что ей психотерапия очень нравится.

— Это как защитный механизм.

— Это объяснение, которое может быть правильным, а может быть неправильным. Факт заключается в том, что у больной участились припадки после психотерапии, которая ей очень нравилась. Нельзя больных шизофренией лечить гипнозом. Это шизофрения малопродвинутая. Почему я в данном случае избежал термина вялотекущая, предпочитая термин малопродвинутая, потому что вялотекущая в нашем сознании ассоциируется с непрерывным течением болезни. Здесь у больной есть очевидная приступообразность. Само наличие депрессии говорит о тенденции к приступообразности, а депрессия у нее несомненная. Это малопродвинутая приступообразная шизофрения. И это важно потому, что дает шанс на ремиссию. Поэтому прогноз лучше, чем если бы это была просто непрерывная вялотекущая шизофрения. Это все, что я могу сказать. Есть какие-нибудь вопросы, несогласия?

— А ее конверсионные истерические расстройства в шизофрению укладываются?

— Конечно укладываются. Они еще больше укладываются, потому что они больно грубы. Ведь известно, что самые грубые истерические расстройства бывают при эндогенных заболеваниях, а не при психопатии. Истерических припадков я очень давно не видел. А у нее даже “дуга”. Дугу я видел один раз в жизни, когда выступал по телевизору Кашпировский. Тогда привезли из Казахстана больную, которая говорила, что он ее “закошпировал”. У нее веки не открывались, и была самая настоящая “дуга”, ее держали. Она шизофреничка, конечно.

И. С. Павлов. Крепелин говорил, что слишком много истерии, подозрительно. Кречмер описал два типа циклотимиков: деловых практиков и беспеч-

ных любителей жизни. В деловых практиков она вписывается?

— Если бы мы смотрели больную, когда ей было 30 лет, после первой депрессии, я бы с Вами согласился, но с тех пор прошло еще 20 лет, и мы просто видим, что это за болезнь.

— Но психологи не выявили у нее процессуальных расстройств.

— Дорогие коллеги, ставить диагноз — это компетенция психиатров, а не психологов. Сейчас что-то странное происходит, когда врачи надеются, что психолог поставит диагноз. Это не задача психолога. Психолог — это какие-то дополнительные тонкости, которые Вам нужны, это психокоррекция. Но диагностика психических заболеваний — компетенция психиатра. Если психолог не поставила шизофрению, то она правильно сделала, это не ее работа.

— Как лечить больную?

— В общем, ничего не вызывает возражений, кроме гипноза. Небольшие дозы нейролептиков, конечно, нужны. Антидепрессанты нужны. Небольшие дозы нейролептиков с антидепрессантами. Каких именно — это надо подбирать индивидуально.

Лечащий врач: Ваши рекомендации в отношении группы инвалидности? Мне кажется, ее надо поддержать.

— Я с Вами согласен. Однако не все так просто. Мы можем ее сейчас отправить на ВТЭК, ей дадут группу, особенно с этим заболеванием, она успокоится, будет получать пенсию и все. Но тем самым возможность адаптации мы уничтожим. Надо все учесть. Если бы у нас были социальные работники, нормальные профессиональные социальные работники, которые позаботились о ней после выписки, то я бы сказал: не надо ей группу инвалидности, постараемся ее вытащить. Но, ведь нет сейчас таких социальных работников. Если больше нет вопросов, то спасибо всем за внимание.

О смешанных формах психических заболеваний

(по материалам клинических разборов, публикуемым в Независимом психиатрическом журнале)

Б. Н. Пивень (Барнаул)

Нами в течение ряда лет разрабатывается концепция о смешанных формах психических заболеваний как о большом и самостоятельном разделе психиатрии (4, 5, 6, 7).

Обоснованность нашей концепции во многом подтверждается наблюдаемой в последние годы в литературе тенденции все большего внимания специалистов к одновременно сосуществующим у больных разным формам психической патологии. Эти патологические образования не имеют пока какого-либо общепринятого названия. Для их обозначения используется ряд терминов, являющихся по сути дела синонимами: “сочетанные”, “смешанные”, “ассоциированные”, “коморбидные”, “миксты”, “заболевания с двойным диагнозом”, “сопутствующие”.

В то же время смешанные формы психических заболеваний не нашли официального признания. Им не выделено специальных рубрик в наиболее распространенных современных классификациях психических расстройств. Ни в одном из известных руководств по психиатрии этим формам не уделено сколько-нибудь заметного места.

С учетом изложенного, нам представлялось интересным проанализировать характер представлений о смешанных формах психической патологии в повседневной врачебной деятельности. Для этого было решено воспользоваться материалами стенограмм клинических разборов, публикуемых в Независимом психиатрическом журнале.

Выбор данных материалов для решения поставленной задачи определялся рядом причин:

— клинические разборы являются фокусом диагностического процесса — одного из основных этапов повседневной врачебной практики;

— при проведении клинических разборов принимают активное участие несколько врачей, в обсуждениях они высказывают свое видение патологии разбираемых больных, отражающее их опыт и знания;

— эти опыт и знания, вербализованные в процессе обсуждений, могут, в известной степени, характеризовать представления участников разборов о предмете нашего интереса — смешанных формах психических заболеваний;

— стенограммы клинических разборов публикуются в Независимом психиатрическом журнале с 1996 г., в его подшивке к настоящему времени накоплено большое количество случаев, а в разборах принимало участие значительное количество психиатров, что позволяет достаточно объективно судить о характере представлений врачебной общественности о смешанных формах психической патологии.

Всего были проанализированы 23 стенограммы клинических разборов. При этом мы насчитали в общей сложности 114 выступлений врачей. Попутно отметим, что некоторые специалисты в данных мероприятиях участвовали систематически. Из 114 выступлений (заключений) 22 принадлежали врачам-докладчикам (в одном случае разбор проводился по

типу первичного приема без участия докладчика), 23 — ведущим клинический разбор и 69 — остальным участникам.

Уже сам анализ названий разборов выявил прочные позиции существующего в психиатрии подхода, который мы в свое время обозначили как “монозонологический”. Этот подход диктует в каждом конкретном случае непереносимое разграничение заболеваний с обязательным выбором (по принципу “или — или”) только какого-то одного из них и исключает тем самым возможность сосуществования у больных разных патологических форм (по принципу “и — и”).

Так, названия 13 разборов (56,5 %) в прямой форме утверждали именно этот подход: “Височная эпилепсия или шизофрения?”, “Шизофрения или органическое слабоумие?”, “Инволюционная депрессия или пограничное расстройство?” и т.п.

Только в названиях двух разборов (8,7 %) отражалось сосуществование заболеваний — шизофрении и наркомании. Названия остальных 8 — (34,8 %) не содержали какой-либо определенной информации, относящейся к предмету нашего анализа: “Трудный диагноз”, “Шизофрения?” и т.п.

Между тем, при анализе стенограмм было установлено, что представления о сочетанной психической патологии отражались в той или иной форме в достаточно большом числе выступлений. Среди врачей-докладчиков в пользу сочетаний заболеваний высказывалось 10 человек (45,5 %), ведущих разбор — 11 (47,8 %), остальных участников разборов — 8 (26,1 %). При этом речь шла не только о тех формах патологии, что выносились в названия разборов, но и о заболеваниях, на которых не фиксировали внимание врачи-докладчики, либо о расстройствах, выявлявшихся по ходу разборов. В итоге оказалось, что суждения о наличии у обсуждаемых больных смешанных психических заболеваний звучали в выступлениях участников 18 (72,3 %) клинических разборов из проанализированных 23.

Столь высокий процент случаев, в которых можно говорить о существовании заболеваний, мы склонны объяснять большим удельным весом смешанных форм патологии в общей структуре психических заболеваний (7), а также тем, что на клинические разборы представляются, как правило, наиболее сложные в диагностическом плане больные, а такими больными часто оказываются именно пациенты с сочетанными формами.

Продолжая анализ представлений участников клинических разборов о смешанных психических заболеваниях, высказанных на клинических разборах, необходимо отметить, что они (эти представления) не имеют системного характера, а звучат, в основном, “вскользь”, в виде частных оценок. Только в одном случае, в заключении ведущего разбора профессора Ю. И. Полищука (8), содержалось убедительное утверждение о сосуществовании психических заболеваний как значи-

мых клинических реалиях: “И мы уже должны отказываться от строгой дихотомии, когда мы разделяем психическую патологию только на эндогенную или экзогенно-органическую и психогенную. А где возможные сочетания, где возможные переплетения, где возможные комбинированные взаимодействия...?”.

Анализ стенограмм клинических разборов выявил еще один значимый аспект, требующий корректив в профессиональных представлениях врачей. Речь идет об органических заболеваниях головного мозга. Последние имеют непосредственное отношение как к предмету нашего обсуждения, так и к психиатрии в целом.

В работах ряда авторов (1, 2, 3) показано, что органические заболевания головного мозга являются одними из наиболее распространенных среди психических заболеваний. При этом они во многих случаях входят в структуру смешанных форм психической патологии (7). В то же время анализ литературы и наши собственные наблюдения показывают, что в повседневной врачебной практике данные нарушения нередко не распознаются или неверно диагностируются, что не способствует выбору корректных лечебно-реабилитационных мероприятий в отношении больных, страдающих ими.

Отмеченные обстоятельства не стали исключением и для рассматриваемых клинических разборов. Изучая их материалы, мы установили, что проявления органической патологии, наблюдавшиеся у больных, не учитывались в заключениях врачей-докладчиков в 4 случаях, ведущих клинические разборы — одном, выступлениях остальных участников — 6. В 4 случаях имевшиеся у больных по данным дополнительных методов исследований указания на органическую патологию вообще никем не были приняты во внимание, а в тех случаях, когда органические поражения головного мозга звучали в диагностических заключениях, их практически не учитывали в терапевтическом плане.

В заключение можно отметить, что смешанные формы психических заболеваний являются клинической реальностью, и это признается довольно большим количеством врачей. В то же время знания о них не имеют системного характера, и далеко не все специалисты обращают на них внимание. Представления о сочетанных психических заболеваниях пока не закрепились в повседневной клинической практике, в связи с чем необходима соответствующая подготовка врачей и их нацеленность на распознавание рассматриваемых форм патологии. В решении данных задач большое значение может иметь включение смешанных психических заболеваний в современные классификации.

ЛИТЕРАТУРА

1. Балашов П. П. Психическое здоровье населения при индустриальной урбанизации севера Сибири: Дисс. д-ра мед. наук. — Томск, 1993.
2. Максимова А. Л., Железнова Е. В., Соколова Л. В. Структура психозов больных с современными формами органических повреждений мозга // XIII съезд психиатров России. — М., 2001. — С. 58 – 59.
3. Михайлова М. Н. Экзогенно-органические расстройства у студентов // XII съезд психиатров России. — М., 1995. — С. 215 – 216.
4. Пивень Б. Н. О сочетанных формах психической патологии // Соц. и клин. психиатр. — 1991. — № 1. — С. 28 – 31.
5. Пивень Б. Н. Сочетанные формы психической патологии и полинозологический подход в психиатрии // Независ. психиатр. журн. — 1993. — № III – IV. — С. 18 – 21.
6. Пивень Б. Н. Сочетанные формы психической патологии. — Новосибирск: Наука, 1998. — 80 с.
7. Пивень Б. Н., Шереметьева И. И. Смешанные формы психических заболеваний. — Новосибирск: Наука, 2003. — 125 с.
8. Полищук Ю. И., Горьковая Т. А. Так какой же психоз? // Независ. психиатр. журн. — 2002. — № 2. — С. 35 – 45.

Феномен инобытия

Клинико-феноменологическая иллюстрация размышлений практического врача

И. М. Беккер (Набережные Челны)

Уважаемые коллеги! После передачи в редакцию “Независимого психиатрического журнала” трех “размышлений”¹, судьба подарила случай встретиться при проведении консультативного осмотра с чрезвычайно интересным пациентом. Он своими словами вербализовал суждения о феномене инобытия, который невозможно индуктивно составить из каких-либо отдельных симптомов. Этот феномен, как непосредственно данное, интуитивно воспринимался в виде особого “онтологического статуса” пациента, о котором упоминал Kick.

А. Т., 38 лет.

Обратился самостоятельно, добровольно, по совету своей жены и матери. Из анамнеза известно, что ранее вел обычную жизнь, ничем особенным не отличался. Получил высшее образование, работал на высокооплачиваемой должности менеджера крупной компании. В течение последнего года не работает, большую часть времени проводит дома, никуда не выходя. Отдалился от жены и ребенка. В течение многих месяцев заявлял им, что живет “в другом мире”, что они не могут его понять, что он и близкие ему люди по-разному видят все предметы и явления мира, что цифры для него и его родных имеют совершенно разное значение. Несколько месяцев назад сообщил о своем нежелании жить, но затем сказал, что если “они” до сих пор оставили его на этой земле, то он вынужден подчиниться и жить. При рассказе о пациенте, жена охарактеризовала его так: “Он живет в ином мире”.

Психическое состояние на момент осмотра: сознание не помрачено, правильно называет себя, свое место жительства, место пребывания и дату. На беседу вошел спокойно, однако сразу спросил главного врача, зачем собралось так много людей, не лучше ли поговорить с ним одним. В дальнейшем отвечал на все вопросы врача, но время от времени вновь акцен-

тировал внимание на многочисленности аудитории. Несколько раз за время беседы говорил, что здесь происходит телепередача или съемка, осуществляется она откуда-то сверху, где “все видно”. Считает, что все вокруг марионетки, артисты, даже если и не знают об этом. Говорит, что всех заменили, “всем внутрь другое вставили”. Если мать стала не матерью, то, по его мнению, она должна понимать, что она уже не мать.

Речь непоследовательная. Иногда переходит от одной темы на другую, прямо не связанную с предыдущей. Периодически иронически усмехается над каким-либо вопросом врачей, комментирует вопрос и свой собственный ответ, как бы подтверждая правоту своих слов и мыслей. Нередко употребляет сложные фразеологические обороты. Три-четыре раза за беседу “расшифровал истинное значение” некоторых слов. Так, например, слово “врач” объяснил так: “Ач ври”, имя “Райкин” расшифровал: “Райское кино”, слово адмирал: “Ад — мир”. Заявляет, что существует “биллинг-двуязычие”, на котором общаются люди. Люди говорят, вроде бы простым языком, а на самом деле они говорят о совсем других вещах. Приводит пример фразы рыбака: “Вчера доктор поймал сазана”. На самом же деле, по его мнению, эта фраза означает: “Он за нас”. Сообщает, что “Они” все про него знают и рассказывают ему истину.

Считает, что все вокруг — это декорации. Заявляет, что он необычный человек, а все остальные, беседующие с ним люди, — “из одной материи”. Утверждает, что у него нет личной жизни, и нет для него вообще никакой жизни, вообще ничего нет, в обычном значении слова. Размышляя, говорит, что у каждого из нас есть тело, но внутри “сидит что-то другое”, управляемое. При этом несколько раз предлагает участвующим врачам продемонстрировать различное видение и понимание им и врачами явлений и предметов “этого мира”. Взглянув на цветок, спрашивает,

¹ См. НПЖ, 2003, № 1, 2, 3.

что видят в этом цветке врачи, и тут же заявляет, что на самом деле — это не цветок в его мире, это — нечто иное, например, это он “сам растет”. Заявляет, что он иначе все видит, не в воображении, а именно видит иначе.

Рассуждая об оставшихся за дверями жене и матери, говорит: “Они мне говорят, чтобы я продолжал называть ее матерью, иначе все люди станут роботами, как машинки на проводах”. Заявил, что “они” ему сказали, что, если он не будет называть мать мамой, исчезнет вообще понятие матери. Показывает на стоящий на столе компьютер и говорит, что в голове каждого из присутствующих есть такой компьютер, который принимает информацию и выдает информацию. При возражении врача на наличие компьютера в голове, пациент, улыбнувшись, констатирует: “Вот видите, мы по-разному видим и ощущаем мир”.

Утверждает, что он перешел в “иное бытие” 26 февраля 2002 года, не поясняя, что же случилось в тот день. Говорит, что время и возраст — понятия разные для него и врачей. При этом спрашивает, сколько лет сидящей девушке. Усмехнувшись, что ей может быть и пятьдесят, тут же говорит, что это не имеет значение, так как время для этой девушки и в его мире течет по-разному. Заявляет, что его старшему сыну может быть четырнадцать лет, а может быть и двадцать восемь. Спрашивает у сидящего врача: “У вас двенадцать месяцев, вы согласны с тем, что есть еще тринадцатый месяц?” При отрицательном ответе, еще раз констатирует, что время в его мире и мире врачей течет по-разному. И далее поясняет, что он живет как под стеклянным колпаком, что между ним и всеми людьми, всем остальным земным миром существует невидимая стена, которую ни врачи, ни близкие ему люди преодолеть не в силах. Многократно повторяет, что этот иной мир существует, как бы здесь, одновременно с этим миром, но отдельно от него. При этом приводит в пример телепередачу “За стеклом”. Заявляет, что если он, “со своим сознанием” войдет в наш мир, то упрется в стену. На предложенную помощь не соглашается, так как уверен, что никто не сможет проникнуть в другой, иной мир, в котором он сейчас находится. Считает, что все усилия близких ему людей и врачей будут направлены на то, чтобы вернуть его назад на Землю, в этот обыденный мир, где ему не интересно, и лучше тогда совсем не жить. Спрашивает сидящую на консилиуме молодую женщину врача, чем она занимается. В ответ на сообщение, что она работает, затем уходит домой, дома разговаривает с близкими на житейские темы, усмехаясь, говорит: “Вот видите, как неинтересно вы живете, как марионетки”. Затем спокойно выслушивает возражения другого врача и, не отвечая ему, продолжает эту тему. Проводя аналогию с передачей “За стеклом” заявляет, что “они” ему часто говорят: “Ты посмотри, посмотри, как они неинтересно живут!”

Спрашивает врачей, кто правит этим миром, и тут же отвечает сам себе, что правит только один. Спрашивает врачей, как и кто, управляет этим городом. И тут же отвечает, что управлять городом невозможно, если не видеть его сверху сразу весь. Заявляет, что он несет ответственность, возложенную на него “ими”, за несколько тысяч человек.

Иногда разговаривает с собеседником, но чаще рассуждает сам с собой, посмеиваясь, огорчаясь, задумываясь над своими собственными словами. Считает, что сейчас идет приземление. При упоминании о ребенке, заявил, что его не пускают к ребенку, не уточнив, кто не пускает. Неоднократно заявляет, что врачи прекрасно знают о его состоянии. Сейчас, по его мнению, идет повторение той жизни и повторение его самого, появившегося в 1965 году. Поменялось его сознание, изменился весь он. При упоминании о жене и матери несколько раздражается, считая, что те его совсем не понимают, пытаюсь всеми силами вернуть назад, в этот мир. Сообщает, что ему “они” сказали, что вся его прежняя жизнь — это сон, и только теперь он проснулся.

Временами задерживается с ответом и жалуется на усталость. Наморщивает лоб, поглаживает себя по лбу, как бы стряхивая усталость, говорит, что он не успевает обдумать вопрос, мысли быстро сменяют друг друга. Просит дать ему подумать дополнительное время, он не может быстро думать. Говорит, что пока ему не “гнут ум”, никто не знает, что он думает, но вчера ему “гнули ум” и заставляли его думать, что он должен придти сюда, в кабинет главного врача и подготовить тех людей, которые должны с ним разговаривать.

В конце беседы поблагодарил всех за внимание, спокойно вышел в коридор и дождался мать и жену.

Краткий анализ случая, с использованием симптомо-синдромального алгоритма построения диагностического суждения. (Ввиду однократного осмотра пациента в амбулаторных условиях, анализ проведен только с учетом статуса, подробного анамнеза нет).

Учитывая наличие расстройств мышления (символизм, соскальзывания, неологизмы, ментизм), вербальных псевдогаллюцинаций, идеаторных автоматизмов (открытости мыслей), проявлений бреда психического воздействия, бредовой деперсонализации, нарушений восприятия течения времени, элементов бреда инсценировки и бреда особого значения, отдельных фрагментов бреда особого предназначения и миссионерства, имеются основания диагностировать наличие у больного хронического психического расстройства, в виде параноидной шизофрении, вероятно, с приступообразно-прогредиентным течением, с формированием синдрома Кандинского-Клерамбо, элементами парафренизации.

После констатации становления синдрома Кандинского-Клерамбо, как основного синдромального

расстройства, учитывая патогенетическую роль острого чувственного бреда и вербальных псевдогаллюцинаций, логическим следствием должно стать назначение массивной нейрорепитивной терапии, с преимущественным применением препаратов антигаллюцинаторного и антибредового действия.

Анализ случая, с попыткой феноменологического познания психического расстройства.

Если попытаться оценить представленный случай, как непосредственно данное, забыв на время о существующих симптомо-синдромальных классификациях, устоявшихся стереотипах и представлениях о динамике острого чувственного бреда, структуре синдрома Кандинского-Клерамбо, попытаться неклишированным сознанием почувствовать и понять пациента (т.е. временно очистить собственное сознание врача от предвзятости, связанной с той или иной таксономией), то, как это не покажется странным, главное сущностное определение феномена дала жена пациента: **“Он живет в ином мире”**. И это не онейроидная двойная ориентировка. При онейроидном помрачении сознания, пациенты также живут в ином мире, в космосе, на “том свете”, но изменения ориентировки во времени и пространстве являются там проявлениями нарушения сознания, составляя первый критерий помраченного сознания по Ясперсу. В нашем случае мы имеем дело, если так можно выразиться, с люцидным инобытием, не связанным с нарушением сознания, не связанным с нарушениями ориентировки в общепринятом смысле. Пациент на уровне знания формально понимает, что живет в этом мире, в этом городе, в этом летосчислении. В то же время он чувствует, ощущает, воспринимает сам себя живущим в ином мире, в ином городе, в ином течении времени, находящимся одновременно и здесь и не здесь. Само пространство, время, мир он чувствует и ощущает иными. Он не отрешен от окружающей жизни, как это бывает при нарушениях сознания, он вступает в словесное общение с собеседниками, спорит, возражает, соглашается, иронизирует, шутит, понимает суть вопросов, отклоняет их или соглашается отвечать. Это не похоже на дереализацию, изменились не отдельные признаки или явления реального окружающего мира, а весь мир целиком. Изменился и он сам, и сейчас он является повторением самого себя, но уже в ином мире. Мир как бы стал для него не дереализованным, а иррациональным, совсем иным, понятным ему, но не понятным и не понятым ни его близкими, ни какими-либо другими людьми.

Можно было бы подумать о частичном повторении больным содержания псевдогаллюцинаторных переживаний, как бы пересказе им того, что он слышит своим “внутренним ухом”. Но, если это частично и так, то повторение и пересказ псевдогаллюцинаторных переживаний не отменяет переживание самим больным того, что он слышит. Кроме того, сами по себе псевдогаллюцинации могут быть не источни-

ком или причиной появления переживания инобытия, а оформлением, одним из дополнительных доказательств для самого больного факта его нового онтологического статуса.

Но самое главное в познании нами, врачами, психического состояния этого пациента, состоит в том, что феномен дан нам непосредственно, как “усмотрение сущности в явлении самого данного феномена”. Настолько ярко, образно и точно выражает пациент свои переживания, что в этом конкретном индивидуальном случае мы узнаем не знак, не символ, не явление недоступной для нас сущности, как “вещи самой по себе”, а непосредственно воспринимаем самое сущность феномена, как *инобытие, как совершенно своеобразное, новое, сущностное, онтологическое существование больного, не складывающееся из отдельных симптомов, а являющееся непосредственным, цельным переживанием своего иного бытия.*

Для лучшего понимания сути данного феномена позволим себе сравнить переживания этого пациента со *знанием*, с осознанием выдающимися учеными иного характера существующего мира. Вернемся к примеру с Эйнштейном, дерзнувшим покуситься на непоколебимые столетиями понятия пространства и времени. Эйнштейн к 1916 году пришел к выводу, к *знанию*, что пространство и время — суть единый континуум, что пространство искривлено линиями гравитационного поля, что время течет по-разному в разных движущихся объектах и системах координат. Он *знал*, что живет не в таком простом, как кажется обычному обывателю, мире, что вселенная и мир — иные, чем это представляется обыденному сознанию человека. Но в отличие от феномена инобытия, имеющегося у нашего пациента, ученый только *знал* это, не чувствовал, не жил иным миром, не пребывал в инобытии. Это непосредственное проживание в ином мире и отличает целостный объемлющий онтологический статус данного феномена от интеллектуального знания, это и определяет возможность усмотрения сущности феномена.

Примечательно, что инобытие, как своеобразный онтологический статус характерен и для больных с бредовыми расстройствами, и для аутизма. Сами больные отличаются степенью доступности для непосредственного познания врачом психиатром, степенью возможности и простоты усмотрения сущности состояния. Во многих случаях больных с аутизмом врач может понять их только “как бы”, только предположительно, только представляя самому себе своеобразный перелет сознания и “Я” пациента в инобытие, встречаясь с труднодостижимым феноменом аутизма, суть которого прячется за трансцендентное существование “вещи самой по себе”, в ту “лакуну”, на которой остановился Ясперс.

В последние годы опубликованы работы Сергея Леонидовича Рубинштейна, в том числе посмертно вышедший его итоговый философский труд “Человек

и мир”, в котором он дает новую трактовку соотношения бытия и сознания. Меняя соотношение бытия и сознания, бытия и материи, введя человека внутрь бытия, Рубинштейн предложил новый способ познания “вещи самой по себе”. Вот одна из главных мыслей его работы: “Человек находится внутри бытия, а не только бытие внешне его содержанию. В этом смысле бытие обступает нас со всех сторон, и нам из него никуда не “уйти”. Мир бытия, в котором мы находимся, — это его непосредственная данность, неотступность, очевидность, его неустранимость со всех сторон нас объемлющая, его неотменяемость”. То есть, человеку, находящемуся внутри бытия, нет необходимости совершать прыжок или “перелет” в трансцендентное инобытие, он непосредственно может познавать сущность, так как чувственное познание человека и есть познание поверхностного среза сущности явления. При таком понимании соотношения человеческого сознания и бытия, вещь в себе превращается в вещь для нас, при непосредственном усмотрении сущности. Он же оценивал феномен различного переживания течения времени не с психиатрических позиций, а с философских, говоря о различном ощущении течения времени в юношеском возрасте и у стариков. При этом, С. Л. Рубинштейн полагал, что время, как одна из важнейших категорий бытия, течет по-разному, в зависимости от систем отсчета — в неорганической физической природе, с одним темпом, в человеческой истории совсем иначе. Тогда неизбежно следует вывод, что инаким, инобытийным становится в сознании и душе больного человека весь пространственно-временной континуум, — то, что мы имеем так часто при синдромах нарушенного сознания. В нашем же случае, у больного с феноменом инобытия, вне помрачения сознания, возникает иное ощущение течения времени не в связи с помраченным сознанием, а в связи с инобытийным существованием самого больного, иным онтологическим статусом, и это также является подтверждением инакости самой системы отсчета, то есть всего мира, всего бытия нашего больного. В данном, конкретном случае, мастерски описанном самим пациентом, врач психиатр может без особого труда, лишь слегка сбросив со своего сознания шоры и стереотипы общеупотребимой таксономии, усмотреть сущность индивидуального феномена в качестве **инобытия**. Многие психиатры прошлого упорно пытались отыскать “основное” расстройство при шизофрении, выделяли признаки, объединяющие три различные нозологические единицы в так называемый “единый психоз”. Рискнем предположить, что нечто объединяющее различные типы эндогенных психозов и психотических состояний и было *инобытие, как особый, интуитивно постигаемый врачами феномен*. Рискнем пойти еще чуть дальше и высказать следующее предположение. Может быть, невозможность установления “основного” расстройства при шизофрении и других

эндогенных психозов и обуславливалась тем, что феномен, как непосредственно данное, интуитивно постигаемое, нечто объемлющее, усматриваемое как сущностное выражение глубинных переживаний большой души, принципиально невозможно было трансформировать в симптом или синдром, ибо законы индуктивного познания оказались неприложимы для сложных процессов органической живой природы, тем более для изучения особенностей существования страдающей человеческой души. Как ответ на невозможность “неорганического” способа познания душевного мира человека, в первой половине прошлого века один из основателей гештальтпсихологии, М. Вертгеймер, пытаясь объяснить сложность науки о духе, так определил основную проблему гештальттеории: “существуют связи, при которых то, что происходит в целом, не выводится из элементов, существующих якобы в виде отдельных кусков, связываемых потом вместе, а напротив, то, что проявляется в отдельной части этого целого, определяется внутренним структурным законом всего этого целого”.

Есть еще один аспект, о котором хотелось бы сказать, определяя своеобразный онтологический статус таких пациентов, как **феномен инобытия**. При цельном восприятии данного феномена, как ни при каком другом, мы имеем возможность как часть объемлющего целого, воспринимать не только внутренние переживания больного человека, но и часть неодушевленной обстановки, интерьера, домашнего быта, и даже любимые больным природные ландшафты, некоторые особенности времен года или другие природные явления, как своеобразное оформление, входящее составной частью в инобытие больного. В памяти каждого врача-психиатра довольно просто и быстро могут возникнуть картины особой инакой жизни бывших пациентов. Вот, к примеру, больная непрерывной шизофренией, которую в течение многих месяцев не удавалось осмотреть, попасть в ее квартиру врачи смогли только после длительного дежурства сотрудника ОВД возле железной двери. Много лет, пациентка собирала хлам и мусор окрестных домов, создавая нечто среднее между птичьим гнездом и грандиозной помойкой. Когда офицер милиции смог зайти в квартиру, он пробирался в тоннеле из мусора, согнувшись, постепенно освобождая путь. В дальнем углу комнаты, за многотонными баррикадами мусора, полужелал, полусидел десятилетний сын больной, которого она не пускала в школу. Вот другая больная, типичный фершробен, дистанция между которой и окружающими людьми больше, чем между землянином и инопланетянами. Высокоодаренная, интеллигентная и профессионально блестяще образованная женщина. В ее двухкомнатной квартире стоит один диван, маленький столик и книги на подоконниках. Стерильная чистота и холод операционной. Кажется, что не только от пациентки исходит дыхание снежной королевы, но и каждая вещь в доме заморожена этим зловещим

холодным дыханием. У третьей больной, с синдромом Кандинского-Клерамбо, бредом физического воздействия (соседи действуют на нее электротоком и особым электрополем), пол в комнате застелен резиновыми ковриками, толщиной 30мм, на голове резиновая шапочка, а на грудь одет специально изготовленный резиновый лифчик, поверх которого она одевает еще и резиновый жилет. По ее мнению, все эти предметы защищают ее от электрополя. Она живет как бы двойной жизнью: ходит в хор ветеранов, общается с детьми и знакомыми, посещает магазины, но с другой стороны, она замуровала себя в особое инобытие. Во всех этих случаях, имеется совершенно особая среда обитания, в которой психофизическое “Я” больных, как бы продолжает свое инобытийное существование.

Почему писатели и художники, для проникновения в глубины души своего героя нередко прибегали к изображению природы, домашней или служебной обстановки, а врачи крайне редко используют этот диагностический прием? Трудно представить, что педиатр в описании статуса ребенка с косолапостью вследствие рахита, сообщит о стоптанных на один бок каблучках детских ботиночков. Хрестоматийный дуб у Льва Толстого зеркально отображает душевное состояние Болконского до и после свидания с Наташей. Кровавый подбой белого плаща Понтия Пилата, в отличие от просто красного цвета, ввинчивает в сознание читателя образ жестокого правителя Иудеи. И наконец, один из самых пронзительных образов мировой литературы — тоска человека, душа которого уходит в небытие: “Боги, боги мои! Как грустна вечерняя земля. Как таинственны туманы над болотами. Кто блуждал в этих туманах, кто много страдал перед смертью, кто летел над этой землей, неся на себе непосильный груз, тот это знает. Это знает уставший”. Почему же врач, в отличие от Михаила Булгакова, не может в качестве симптома описать элементы быта, уют, одежды, любимых вещей больного? Они не могут быть симптомами, ибо не принадлежат понятию болезни, они составляют часть уникально-неповторимого феномена болезненного состояния и в качестве таковой могут составить ярчайший образ данного конкретного больного, данной индивидуальности, но не могут стать знаком, симптомом той или иной нозологической единицы. Яркие, неповторимые осколки и фрагменты окружающего больного мира, обстановки домашнего интерьера, им самим созданного, стилистика одежды, любимые книги, предметы защиты пациента от иллюзорных и галлюцинаторных воздействий — все это и есть часть того самого бытия, внутри которого существует человек, превращающий в силу тяжелого недуга, бытие в собственное уникальное инобытие.

Усмотрев сущность феномена, как инобытие, врач не может уже так запросто “шарахнуть” по психическому расстройству пациента большими дозами ней-

ролептиков, без учета своеобразного онтологического статуса личности. И в этом, на наш взгляд, самое главное, если можно так выразиться, прикладное значение феноменологии, как метода познания “больной душевной жизни”. Конечно же, нужно лечить больного, нужно пытаться скорректировать его собственный мир и его отношения с окружающими его людьми. Но учитывая его конкретное индивидуальное своеобразное существование, мы уже не можем и не должны игнорировать этот феномен инобытия. Мы должны, если можно так выразиться, уважать больного в этом его необычном, ином онтологическом статусе и пытаться перетянуть его в наш мир, в мир его близких и родных людей осторожно и бережно, ведь в болезненном состоянии ему в ином бытии более интересно, тот мир для него более актуальный, более приемлемый, и мы не можем не считаться с **осознаванием** самим больным, — в отличии, скажем, от пациентов с нарушенным сознанием, — этого своего желания. В этом и будет проявляться индивидуальное отношение к больному, к чему призывали все наши учителя в медицинских вузах. Вот здесь и необходима максимально возможная и мощная рациональная психотерапия. Не разубеждать пациента в его бредовых построениях. Не должно быть цели припереть больного к прозрачной стене, которую он **не в силах** преодолеть, ибо, как мудро писал Ясперс, это бы означало для больного отказаться от самого себя. Задача рациональной психотерапии, на наш взгляд, должна была бы состоять в сопровождении нейрорепитической терапии, в постоянном показе больному из-за прозрачной стены теплоты и притягательности нашего мира.

Означает ли феноменологическое познание сущности переживаний пациента исключение использования традиционного симптомо-синдромологического способа диагностирования? Думается, можно и нужно сочетать традиционное построение диагностического суждения и феноменологическое познание случая душевного расстройства. Ибо все современное здание психиатрии строится на синдромально-нозологическом принципе, и терапия психической патологии ориентирована на “мишень-синдромы”. Феномены же, в зависимости от полноты и сущности их опознания, должны учитываться нами для наполнения картины каждого случая “воздухом живого пространства”, коим отличается истинная живопись от дешевой подделки.

ЛИТЕРАТУРА

1. Савенко Ю. С. “Новая парадигма в психиатрии”, НПЖ, 1997, I – IV.
2. Вертгеймер М. “О гештальттеории”, Хрестоматия по истории психологии, Изд. Москв. Университета, 1980.
3. Рубинштейн С. Л. “Человек и мир”, Питер, М., С-Петербург, 2003.
4. Булгаков М. “Мастер и Маргарита”, Интрейд Корп, М., 1999.

35-летие первой громкой насильственной госпитализации по политическим мотивам¹

Александр Сергеевич Есенин-Вольпин — человек удивительной судьбы и выдающихся способностей: логик, философ, поэт и один из первых правозащитников в Советской России. Сын двух поэтов — Сергея Александровича Есенина и Надежды Давыдовны Вольпин — Александр Сергеевич унаследовал от них уникальные качества — неповторимость личности, творчества и судьбы.



Судьба А. С. Есенина-Вольпина является оптимистическим подтверждением того, что личность, в высокой мере сохраняющая экзистенциальные свойства человека — свободу воли, персональность и творчество, становится силой, влияющей на историю.

Александр Сергеевич, опережая привычные представления своего времени, много раз становился провидцем. Его идеи защиты прав человека и соблюдения законов государством и его гражданами как основы **безопасной жизни всего человечества** стали в наше время не только элементами большой политики сильных мира сего, но и мыслительной и нравственной базой многих общественных движений.

Поэтическое видение мира в целом, логическая строгость при выяснении истины, защита свободы с позиций права и выполнение гражданского долга в соответствии с логически обоснованной мыслью — вот кратчайшая характеристика или резюме жизненного и творческого пути автора этой книги.

Ностальгия по сталинизму — удел обманутых или обманывающих, а историческая правда очень проста. Приводим малую долю правды, рассказанную нам автором этой книги.

“Я был арестован органами МГБ в Черновцах 21 июля 1949 г., доставлен на Лубянку 24 июля, в Институт Сербского — 13 августа; там пробыл до 29 октября, а затем через Лубянку направлен в ЛТПБ (Питер), где сидел с 21 октября 1949 по 14 октября 1950, а за-

тем отправлен в ссылку в г. Караганда, Казахстан, откуда вернулся в Москву 29 апреля 1953 г.

31 июля 1957 г. был помещен в больницу им. Ганнушкина и освобожден 24 августа 1957 г.

12 сентября 1959 года я был в Москве вновь арестован органами КГБ и в период с 7 октября по 10 ноября находился вновь в Институте им. Сербского, затем до 13 февраля 1960 — в Бутырской тюрьме, а потом, с 14 февраля 1960

по 14 февраля 1961 г. — в спецпсихбольнице Питера.

30 декабря 1962 г. я был вновь госпитализирован и до 18 марта 1963 г. находился в больнице им. Ганнушкина — на этот раз без формального ареста, как и в 1968 г., когда, в период с 14 февраля по 12 мая, находился в больнице им. Кащенко — и месяц, в феврале-марте, в больнице на станции “Столбовая”.

Москва, 28 июня 1994 г.

Книга А. С. Есенина-Вольпина, в которую вошли его стихи и “Свободный философский трактат”, была закончена 2 июля 1959 года в Москве и издана в Нью-Йорке в 1961 году Фредериком А. Рагером. Власти начали мстить автору “Весеннего листа” за свободу мысли и непокорство, а секретарь ЦК КПСС Л. Ф. Ильичев нашел формулу, характеризующую Александра Сергеевича, — “ядовитый гриб”. “Яд” свободной мысли способствовал возникновению правозащитного движения, теоретиком и инициатором практических дел которого стал А. С. Есенин-Вольпин.

5 декабря 1965 года в День Конституции Александр Сергеевич организовал знаменитый митинг на Пушкинской площади. Этот митинг стал наиболее известным несанкционированным публичным массовым выступлением (после демонстрации троцкистской оппозиции в 1927 году), а его целью было требование гласности суда над писателями А. Синявским и Ю. Даниэлем, арестованными за публикацию их книг на Западе.

Тогдашние власти вынудили его эмигрировать. И когда 30 мая 1972 года друзья и соратники по правозащитному движению провожали Александра Сергеевича на Белорусском вокзале, он, будучи уже в поез-

¹ Есенин-Вольпин А. С. Философия. Логика. Поэзия. Защита прав человека. Избранное. — М., 1999. Редакция приносит благодарность составителям сборника В. К. Финну, А. Ю. Даниэлю и С. М. Лукашевскому за разрешение перепечатать ряд материалов.

де и прощаясь с провожающими, крикнул: “Боритесь не только за право отъезда из СССР, но и за право возвращения”. Теперь Александр Сергеевич живет в Соединенных Штатах Америки, а с 1990 года он начал приезжать в Россию — и его слово и мысль вышли из подполья Самиздата.

На одном из митингов в 1990 году Есенин-Вольпин шел мимо памятника А. С. Пушкину, но даже не все шедшие рядом с ним знали, что перестроечные и постперестроечные демократические митинги начались у этого памятника по его инициативе.

Он всегда поступал так, как думал. Он писал в “Свободном философском трактате”: “Мысль состоит в поисках истины, а жизнь — в поисках пользы”. И далее: “Тут конфликт. (А) Как живое существо, я ставлю жизнь выше мысли. (В) Как мыслящее существо, я ставлю мысль выше жизни”.

Александр Сергеевич замечает, что он выбрал путь (В). Сказанное выше о фактах его биографии доказывает, что речь идет о деле жизни и мысли, а не о фразе.

Так называемая новейшая история, проходящая мимо нас и через нас, уже рассматривает ближайшие к нынешнему времени десятилетия как материал для

исследования или повод для неясных воспоминаний. Эта временная отдаленность, еще не оформившаяся в разумную объективность, рождает вкусовые химеры. Так появился образ шестидесятника — эдакая помесь нервного конформиста с радикальным критиком большевизма на собственной кухне. Настоящая книга содержит не только результаты трудов, размышлений и дел ее Автора, но и отражает умонастроения граждански мыслящей части нашего общества того времени.

Когда в феврале 1968 года Александр Сергеевич был насильственно посажен в психбольницу, в среде математиков возникло движение в его защиту. Министру здравоохранения СССР было направлено письмо с требованием освободить А. С. Есенина-Вольпина. Письмо было опубликовано в “Нью-Йорк Таймс” — власти ответили наказаниями и проработками. Однако эти события, как и выступления интеллигенции в защиту А. Синявского и Ю. Даниэля, стали свидетельством освобождения советского человека от “инерции страха” (термин принадлежит В. Ф. Турчину — председателю Российского отделения “Международной амнистии” в 70-е годы).

А. Ю. Даниэль, В. К. Финн

НАСИЛЬСТВЕННАЯ ГОСПИТАЛИЗАЦИЯ В 1968 ГОДУ

После бурной петиционной кампании и демонстрации 5 декабря 1965 года в связи с процессом над А. Д. Синявским и Ю. М. Даниэлем Александр Сергеевич пытался внести в начинавшееся общественное брожение правовой подход. Сам он склонен считать, что на первых порах не добился больших успехов. Общественность, по его мнению, спонтанно реагировала на репрессии властей, но не была склонна действовать в строго правовом русле и с должной обстоятельностью. Правовые идеи А. С., требовавшие строгого соотнесения всех действия со статьями УК и УПК, часто не встречали поддержки, вызывали недоверие или воспринимались как “странные” идеи “странного” человека. Привыкнув к творившемуся в стране беззаконию, люди не верили, что апелляции к законности и нормам права могут принести существенную пользу. В. К. Буковский так описывает свой первый опыт знакомства с идеями А. С. в 1961 году: “Целую лекцию на эту тему (о правовом положении свидетеля — сост.) прочитал нам Александр Сергеевич Есенин-Вольпин, незадолго до того освободившийся из ленинградской психбольницы. Он пришел как-то раз на Маяковку послушал, посмотрел. При первом знакомстве он не произвел на меня впечатления: чудаковатый человек, в ободранной меховой шапке, только что из психбольницы да еще весь вечер толковал про уважение к законам. Лекция его, однако, принесла практическую пользу, и никто из нас не дал себя запугать и не наболтал лишнего”².

А. С. считает, что после демонстрации 1965 года его подход к правозащитной деятельности не возобладал; большая часть активных участников движения в тот период склонна была действовать эмоционально, не сковывая себя, как многим казалось, ненужными и чрезмерными формальностями, без которых, однако, реальный правовой подход не возможен. Соответственно и свою роль в движении эти несколько лет он расценивает как незначительную. А. С. не стремился навязать свое мнение, но и не считал для себя возможным участвовать в акциях, которые противоречили, хотя бы отчасти, его принципам.

Тем не менее нельзя сказать, что А. С. был не замечен в общественной жизни в эти годы. Он принял определенное участие как подписант и распространитель в кампании протеста в связи с “процессом четырех”.

В это же время он привнес в Самиздат (и это вообще, как кажется, одна из важнейших его заслуг) принятые ООН в 1966 году Пакты прав человека, наряду с “Всеобщей Декларацией прав человека” — важнейшие документы в этой сфере. Введение их в оборот существенно расширяло правовую базу движения.

Кроме того, и практика показала, что отсутствие формализованности и четкой правовой обоснованности правозащитной деятельности позволяло властям в большей степени игнорировать требования обще-

² Буковский В. К. И возвращается ветер. М.: Демократическая Россия, 1991. С. 122 – 123.

ственности и облегчало репрессии. Поэтому те, кто действительно хотел отстаивать права человека, волей-неволей постепенно в той или иной степени становились единомышленниками А. С., не всегда разделяя, однако, его идею о самоценности права и правовой процедуры. Другой характеристикой его активности безусловно является внимание к нему со стороны КГБ. В это время А. С. находился под плотным наблюдением Комитета. Его общественная деятельность была “отмечена”. КГБ специально настаивал на недопущении участия А. С. в Международном математическом конгрессе, проходившем в Москве 16 августа 1966 года, опасаясь передачи А. С. “тенденциозных” материалов иностранным участникам. Рассматривался также вариант решения судьбы А. С. по “модели Тарсиса”: планировалось отпустить его в зарубежную научную командировку и лишить совет-

ского гражданства. Этот вариант не был осуществлен; власти предпочли отреагировать на общественную активность А. С. иначе. 14 февраля 1968 года “по распоряжению главного психиатра г. Москвы” он был насильно увезен в психиатрическую больницу. Насильственная госпитализация А. С. и борьба за его освобождение стали заметным эпизодом в процессе становления правозащитного движения в СССР. Участие в судьбе А. С. приняли не только те, кто к весне 1968-го уже находился в жесткой конфронтации с властью, но и представители академических кругов, не проявлявшие ни до ни после систематической активности: математики, биологи и др.

12 мая А. С. был выписан из психиатрической больницы после трех месяцев принудительного “лечения”.

А. Ю. Даниэль, В. К. Финн

Министру здравоохранения СССР,
Генеральному Прокурору СССР

Копия: Главному психиатру г. Москвы

Нам стало известно, что крупный советский математик, известный специалист в области математической логики Александр Сергеевич Есенин-Вольпин был насильственно, без предварительного медицинского обследования, без ведома и согласия родных, помещен в психиатрическую больницу № 5 (станция Столбовая, 70 километров от Москвы).

Насильственное помещение в больницу для тяжелых психических больных талантливого и вполне работоспособного математика, условия, которые он по самому характеру этой больницы попал, тяжело травмируют его психику, вредят здоровью и унижают человеческое достоинство.

Исходя из гуманных целей нашего законодательства, и тем более здравоохранения, мы считаем этот факт грубым нарушением медицинских и правовых норм.

Мы просим срочно вмешаться и принять меры для того, чтобы наш коллега мог работать в нормальных условиях.

*Подписи 95 известных математиков,
начиная с В. Арнольда, И. М. Гельфанда, Л. Люстерника, А. Маркова, П. С. и С. П. Новиковых...
Московский государственный университет им. Ломоносова,
механико-математический факультет
9 марта 1968 г.*

“Текст письма появился в газете “Нью-Йорк Таймс”, что, естественно, стало еще одним поводом для кампании экзекуций и воспитания “виновных”. Так, академик П. С. Новиков был лишен кафедры в Московском государственном педагогическом институте им. В. И. Ленина. Кары настигли и некоторых других “подписантов”.

“Ю. А. Шиханович предупредил меня, что людям, не имеющим кандидатской степени, письмо подписывать не рекомендуется. Письмо я подписал, но сделанное предупреждение не было надуманным, ибо около трех лет меня потом не допускали до защиты кандидатской диссертации. Я с большим трудом стал кандидатом наук только в 1976 году (причем даже после получения открытки о прохождении экспертного совета ВАК я получил диплом кандидата наук спустя шесть месяцев, ибо, как выяснилось, в ВАК пришел на меня донос)” — В. К. Финн.

ОБРАЩЕНИЕ К ДРУЗЬЯМ

Я прошу друзей вникнуть в мое положение.

На прошлой неделе я был увезен из дому и насильственно помещен сперва в психиатрическую больницу имени Кащенко, а затем в 5 гор. психиатрическую больницу. Вы хотите, друзья, чтобы я скорее вышел отсюда. Это вполне справедливое желание, но только ли в этом дело.

Я бы не стал беспокоиться об этом, если бы не замечал среди вас вполне естественных колебаний. Ко

мне в больницу несколько раз приезжали мои родные и некоторые из вас. При этом наметились две позиции. Первая заключается в том, что я был похищен из дому и теперь мне необходимо протестовать и всем нам бороться за мои права. Вторая сводится к тому, что мне нужно вести себя покорно, чтобы поскорее выбраться отсюда. Последняя позиция была хорошо выражена фельдшером, который сопровождал меня из Москвы в 5 гор. больницу на Столбовой. Он бесе-

довал со мною дружески, может статься, он говорил искренне. Вот его совет: «Если хотите, чтобы Вас здесь недолго продержали, ведите себя попроще. Люди не хотят думать. Они Вас не поймут, если Вы будете много говорить. Не рассуждайте, держитесь проще: “Хочу домой. Хочу каши”».

Я ничего не ответил этому фельдшеру. Я считаю его совет вполне практичным, но пресмыкательским. Я всегда избегал следовать такого рода советам и делал это достаточно явно. Поэтому многие считают меня сумасшедшим. И пусть.

Я много лет боролся за искоренение путаницы, царящей в умах людей в связи с понятиями права, закона, власти, целей, желаний и т.п. Я не жалел времени на изучение и разработку соответствующих теорий, а в острые моменты всегда давал советы тем, кто хотел их слушать. Я никогда не лгал и требовал от других прекращения всякой лжи — хотя бы маскирующейся словами “во имя спасения” (как будто кто-то, кроме безобидных фантазеров, когда-нибудь лгал не “во спасение”!). Я публично издевался над малодушием — будь то в форме предательства или только неискреннего раскаяния. Я презирал страх, и особенно страх перед заключением, когда требовалось проявить мужество. И вот теперь, когда я оказался взаперти, от меня ждут чего-то вроде отречения.

Когда в сентябре 1959 года я был арестован и, несмотря на отчаянное моральное и юридическое сопротивление, был помещен в конце концов в ленинградскую тюремно-психиатрическую больницу — заведение несколько более мрачное, чем эта больница на Столбовой, — врачи признали через год бесполезность своего давления на мою психику, и я был освобожден. К такому же результату они пришли бы и через любое другое время...

Ждут ли мои друзья того, чтобы я теперь обнаружил перед врачами свое “исправление” и капитулировал рано или поздно? А почему я должен капитулировать? Разве право не на моей стороне или мои друзья не помогут мне его защитить?

Я всегда старался разъяснить смысл слов “требование” и “просьба”. Признания прав добиваются и требуют — но не просят. Осуществления признанных прав требуют, и восстановления нарушенных прав также требуют, а если заменяют это требование просьбой, тем самым явно признают, что они не подлежат обязательному удовлетворению. Иначе обстоит дело с желаниями, их осуществления можно только просить. Не потому ли хотели эти врачи и иже с ними, чтобы пациенты выкинули из головы все правовые идеи, отказались от каких-либо требований и заговорили более “человеческим” языком: “Хочу домой!”?

Кто-нибудь скажет, что мне хочется здесь оставаться? Тут не о чем спорить. Прежде всего: если я имею право на свободу передвижения, то таковая должна быть мне предоставлена независимо от моих

желаний, а если нет — мои желания этой свободы должны быть укрощены.

Тот способ, каким меня поместили в эту больницу, явился нарушением законов. После этого здесь, в больнице, мне запрещают бороться за исправление допущенных нарушений. Врачи уверяют меня, что общечеловеческие законы не распространяются на психиатрические больницы. Но в законах нет такой оговорки, а статья 16 Пакта о гражданских и политических правах человека (Пакт о гражданских и политических правах человека входит в число двух пактов прав человека, которые были приняты Генеральной Ассамблеей ООН 18.12.1966; краткое изложение этих пактов — см. журнал “Международная жизнь”, № 8 за 1967 г.) гласит: “Каждый человек, где бы он ни находился, имеет право на признание его правосубъектности”. Насколько я помню, в 4-й статье Пакта эта статья перечислена в числе тех, от которых государство не вправе отступать даже в условиях чрезвычайного положения.

Конечно, пакты прав человека еще не ратифицированы Советским Союзом. Но почему бы не попытаться хотя бы позондировать почву насчет того, насколько страна готова к их соблюдению? Это было бы реальным вкладом в благородную деятельность ООН. Друзья! Боритесь сейчас хотя бы за скорейшее опубликование этих пактов в СССР (о чем просил все страны У Тан). Знакомьтесь с ними. Каждый может узнать русский текст в Информационном центре ООН (Москва, ул. Луначарского, 16). Английский текст есть в газетном зале Ленинской библиотеки — журнал “The Chronicle” № 2 за 1967 г. Я считаю, что сейчас эти пакты надо распространять самиздатом как можно шире. Распространяйте петиции о скорейшей ратификации пактов и факультативного протокола ко второму из них.

Вернусь теперь к моему положению в этой больнице и статье 16. Юридически я дееспособен, хотя врачи при случае незаконно берут на себя роль моих опекунов. (Но любой опекун обязан признавать права своих подопечных и в период его опеки, в том числе и тогда, когда речь идет о тайне переписки — в чем мне сейчас отказано — или о свободе передвижения!). Врачи уговаривают меня отвлечься от юридического аспекта моего положения — принуждения этого рода сами по себе грубо противоправны — и ссылаются при этом на фактическое положение вещей. Если мне предлагают считаться с условием места, то пусть им напомнят условия времени: 1968 год — Год прав человека.

Я не собираюсь сдаваться. Я понимаю, что только моя частная борьба ограниченными средствами — хотя я не останавлиюсь ни перед чем, вплоть до бойкота врачей и голодовки — не даст желаемого результата. Только наша совместная борьба будет успешной. Именно на вашу помощь я рассчитываю, когда хочу довести мои протесты до соответствующих инстан-

ций и общественности; именно на вашу помощь и помощь общественности рассчитываю я в деле защиты моих прав. Пусть все идет по закону, и тогда обо мне не беспокойтесь.

Я буду бороться вместе с Вами, потому что психиатрическая больница сейчас грозит каждому мыслящему человеку, который протестует против незаконных и на которого трудно завести уголовное дело. Поставить на психиатрический учет кого угодно — дело не хитрое.

ЗАЯВЛЕНИЕ ПО ПОВОДУ НАСИЛЬСТВЕННОЙ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ А. С. ЕСЕНИНА-ВОЛЬПИНА

24 марта 1968 года

В обществе стали распространяться противоречивые и ложные слухи относительно обстоятельств и причин насильственной госпитализации известного математика Александра Сергеевича Есенина-Вольпина. Считаю своим долгом изложить обстоятельства этого дела.

14 февраля 1968 года в 10.30 утра, через час после ухода жены из дома, милиционер открыл незапертую дверь квартиры Вольпиных и впустил туда дежурного психиатра и двух санитаров, которые насильственно увезли Александра Сергеевича в психиатрическую больницу № 1 имени Кащенко. (Об этом стало известно из оставленной Вольпиным записки к жене). В ответ на требования Александра Сергеевича объяснить ему основания насильственного увоза дежурный психиатр предъявил лишь просроченное служебное удостоверение на имя Альберта Матюкова, а в качестве мотивировки увоза сказал, что А. С. Вольпин давно не посещал психоневрологического диспансера (куда его более четырех лет и не приглашали). Никаких документов о направлении в больницу предъявлено не было.

Несмотря на наши неоднократные требования, никаких документов или объяснений причин насильственной госпитализации не дано и по сей день.

15 февраля В. Б. Вольпина (жена Александра Сергеевича) пыталась добиться каких-либо объяснений от заведующей третьим отделением больницы имени Кащенко (куда был помещен А. С. Вольпин) А. А. Казарновской и свидания со своим мужем, но ей в недопустимо резкой форме было в этом отказано. Игнорировались просьбы жены не начинать медикаментозного лечения без предварительного согласования с лечащими Вольпина врачами-терапевтами. (Александр Сергеевич страдает тяжелой формой аллергии, при которой противопоказано применение многих химических препаратов). Записки жены Вольпина не передавались, и она вообще четыре дня ничего не знала о его состоянии.

С самим Вольпиным в третьем отделении обращались грубо и бесцеремонно: у него отняли авторучку

Итак, будем бороться за наши гражданские права. Будем бороться за них, как можно шире, добиваясь, в частности, того, чтобы текст статьи 16 Пакта о гражданских и политических правах был доступен каждому, где бы он ни находился, и соблюдался бы в каждом отдельном случае.

3.3.1968. Вольпин
Разрешаю распространять
А. В.

и книги, грозили электрошоком (!), если он “не научится понимать, в какой обстановке находится”, его настойчивые требования объяснить правовые основания насильственного помещения в больницу врач отделения Леон Христофорович (фамилию свою он сообщить отказался) назвал “словесным поносом”. Вольпину насильственно начали давать аминазин, который впоследствии был признан вредным для него. В ответ на возражения Александра Сергеевича против применения аминазина врач Казарновская заявила, что “ей некогда вникать в болезнь каждого”.

16 февраля А. С. Вольпин был переведен в психиатрическую больницу № 5 на Станции Столбовая в семидесяти километрах от Москвы. В больнице имени Кащенко жене сообщили, что это сделано по распоряжению главного психиатра гор. Москвы И. К. Янушевского. На ее вопрос, однако, Янушевский заявил, что он лично такого распоряжения не отдавал, но что в больницах есть чистые бланки с его подписью, которыми врачи пользуются по своему усмотрению (!).

В больнице на Столбовой А. С. Вольпин находился в общем помещении с 90 пациентами, 52 из которых состояли на принудительном лечении по мелким уголовным статьям (воришки, хулиганы и т.п.).

(Принудительное лечение назначается только по решению суда по отношению к невменяемым правонарушителям взамен тюремного заключения). За четыре недели пребывания на Столбовой Александр Сергеевич был на прогулке всего три раза по полчаса. Утром и вечером ему давали по одной таблетке элениума — этим исчерпывалось лечение, так как беседы зав. отделением Н. О. Антокольской на тему: “Ну куда вы лезете... Пусть другие протестуют... Подумайте о ваших близких...” — вряд ли можно считать психотерапией. Для Вольпина был установлен более строгий режим, чем для других больных: к нему запретили пускать даже близких друзей и сотрудников по работе.

Мы приняли меры, чтобы выяснить основания насильственной госпитализации, а также улучшить условия содержания Александра Сергеевича в больнице. В. Б. Вольпина направила два письма психиатру города И. К. Янушевскому, который неоднократно

обещал “разобраться и помочь”; никакого ответа от него не получено и по сей день.

23 февраля В. Б. Вольпина обратилась к министру здравоохранения академику В. В. Петровскому с письмом, в котором просила объяснений по поводу происшедшего и констатировала, что насильственная госпитализация оказала травмирующее тяжелое воздействие на психику ее мужа, создала у него ощущение униженности и несправедливости; скоропалительное и необоснованное лечение в больнице имени Кащенко угрожало его здоровью.

Одновременно с просьбой вмешаться в происходящее обратились к министру здравоохранения двое крупнейших советских математиков.

Министр передал дело на рассмотрение главному специалисту по психиатрии Министерства здравоохранения СССР З. И. Серебряковой. По ее распоряжению была создана медицинская комиссия, которая 6 марта беседовала с А. С. Вольпиным. Комиссия не стала заниматься выяснением обоснованности насильственной госпитализации и содержания А. С. Вольпина в больнице. Никаких официальных выводов комиссии нам не сообщено. Однако, по дошедшим до нас сведениям, возглавлявший комиссию член-корреспондент АН СССР Морозов в беседе с группой математиков, озабоченных положением А. С. Есенина-Вольпина, сказал, что он не усмотрел необходимости столь срочной госпитализации.

9 марта министру здравоохранения СССР и Генеральному прокурору СССР было направлено письмо, подписанное большой группой крупных советских математиков (99 подписей), выражавших протест против “грубого нарушения медицинских и правовых норм”, допущенного по отношению к их коллеге.

После всего этого (16 марта) А. С. Вольпин был переведен в более спокойное 32-е отделение больницы имени Кащенко при Институте психиатрии АМН СССР, где и находится по сей день.

Вопреки тяжелым условиям больницы А. С. Вольпин продолжал свою научную работу. Он закончил вступление и комментарии, имеющие важное научное значение, к переведенной им книге П. Козна “Теория множеств и континуум-гипотеза”, содержащей один из важнейших математических результатов последних лет. Он написал также две статьи для нового издания Большой Советской Энциклопедии.

Научная работа и ощущение солидарности и заботы со стороны друзей и коллег поддерживают его в тяжелых условиях сумасшедшего дома.

Даже не утверждая, что А. С. Вольпин психически здоров, мы настаиваем, что самый факт насильственного лишения свободы и нарушения его человеческих прав так глубоко травмируют его психику, что никакое лечение в условиях психиатрической больницы не может компенсировать нанесенного и наносимого ему вреда.

Его продолжают принудительно содержать в больнице без постановления суда, и до сих пор ни ему, ни нам не объяснили причин этого. На наши запросы нам не сообщили, чтобы на него поступали какие-либо жалобы — от соседей ли, милиции или иных организаций, хотя только это и могло быть каким-то основанием столь жестокой и срочной меры.

Вольпин Надежда Давыдовна
(мать А. С. Есенина-Вольпина),
Вольпин Виктория Борисовна
(его жена)

В 1972 году Александр Сергеевич решил уехать из СССР. Он сказал мне, что уезжает потому, что еще одно пребывание в психбольнице вынести будет невозможно. Я помню, как мы шли из одного здания ВИНТИ в другое, и Александр Сергеевич сказал, что хотел бы жить в Москве, но без коммунистов. Говорили мы (это, кажется, было на год раньше) и о том, что психологическая, а следовательно, и политическая ситуация в СССР изменится, когда с общественной сцены сойдет поколение, воспитанное в сталинское время. Мы предполагали, что на смену ему придет власть, опирающаяся на армию.

Александр Сергеевич уезжал 30 мая 1972 года с Белорусского вокзала. Я пришел задолго до отхода поезда, мы вдвоем ходили по платформе, и он говорил, что если власти готовы вести диалог с правозащитным движением, то от этого диалога не следует отказываться. Затем он просил меня передать всем знакомым, что Ю. А. Шрейдер помог ему оформить разрешение на вывоз рукописей, особенно для него ценных, отдав цензорам нечто несущественное.

Перед отходом поезда на перроне собрались А. Д. Сахаров, П. И. Якир, И. Кристи и много других людей, с которыми Александр Сергеевич был связан по правозащитному движению. Уже из вагона, помахав провожающим рукой, он сказал: “Боритесь не только за право отъезда из СССР, но и за право возвращения”.

Термин “шестидесятник”, употребляемый теперь в постмодернистском смысле как термин, относящийся к типу людей, которые стремились к компромиссам с властями, мне кажется поверхностной спекуляцией. “Шестидесятник” — не тот, кто родился тогда-то. А это тип личности, которая:

1) истину ценит больше, чем успех, а потому имеет критерии личного поведения вне кодекса “строителя коммунизма”;

2) ценит свободу мысли и право на общение в контексте мировой культуры независимо от классов и наций.

А. С. Есенин-Вольпин был шестидесятником в этом смысле и создал мыслью и действием реальный образ шестидесятника — его идеальный предел.

В. К. Финн

Первый процесс по недобровольной госпитализации в России в Европейском Суде

Л. Н. Винорова, Ю. С. Савенко

28 октября 2003 г. Европейский суд по правам человека в Страсбурге вынес решение по делу “Тамара Ракевич против России” — первому делу из России, связанному с психиатрией. Европейский суд решил, что в случае Тамары Ракевич были нарушены параграфы 1 и 4 ст. 5 Европейской Конвенции по правам человека, и обязал Правительство Российской Федерации выплатить заявительнице 3 тысячи ЕВРО в качестве компенсации за причиненный ей моральный ущерб.

Кратко напомним ситуацию.

26 сентября 1999 г. 42-летняя жительница Екатеринбурга Тамара Ракевич была недобровольно доставлена в городскую психиатрическую больницу № 26 бригадой скорой помощи. “Скорую” вызвала ее подруга М., с которой они накануне вели жаркие споры по поводу толкования Библии. По словам подруги, Т. Ракевич была возбуждена, недоступна контакту, представляла опасность для себя и окружающих. Такие же записи сделали врачи скорой помощи и приемного покоя. Тамара утверждает, что никакой агрессии не выказывала.

Комиссия врачей, собравшаяся в течение первых 48 часов, признала стационарирование Т. Ракевич обоснованным, поставила предварительный диагноз “параноидная шизофрения” и направила документы в суд. Лечение было начато с первого же дня, хотя Т. Ракевич от лечения отказывалась.

Суд Орджоникидзевского района г. Екатеринбург, который должен был в течение пяти дней в открытом судебном заседании рассмотреть заявление больницы и решить вопрос об обоснованности недобровольного лечения Ракевич, состоялся лишь 5 ноября, т.е., спустя почти 40 дней (!) после стационарирования. Суд признал госпитализацию обоснованной и вынес решение о продолжении лечения. Решение суда было основано на заключении врачебной комиссии, с которым ни Т. Ракевич, ни ее адвокату не позволили ознакомиться. Суд учел также свидетельства коллег по работе, которые показали, что в последнее время с Т. Ракевич невозможно было сотрудничать, она постоянно писала жалобы, обвиняла сотрудников в предвзятом отношении. Главную свидетельницу поведения Ракевич в момент, непосредственно предшествующий стационарированию, ее приятельницу М., с которой она вела долгие религиозные споры, в суд не вызвали. Решение суда не было вручено ни Т. Ракевич, ни ее адвокату.

11 ноября Тамара Ракевич подала короткую кассационную жалобу, в которой выражала свое несогла-

сие с решением Орджоникидзевского суда. 24 декабря 1999 г. Свердловский областной суд отклонил кассационную жалобу Т. Ракевич, подтвердив, что ее стационарирование было обоснованным. Одновременно Свердловский суд признал, что основания для недобровольного лечения Ракевич отпали, однако это его решение не имело особого смысла, поскольку заявительница к тому времени уже была выписана из больницы.

В 2000 г. жалоба Тамары Ракевич, поданная в Европейский Суд по правам человека благодаря помощи юристов региональной общественной организации “Сутяжник”, была признана подлежащей рассмотрению, и Европейский Суд начал переписку с ней и Правительством РФ.

11 января 2002 г. Тамара Ракевич была освидетельствована по ее просьбе специалистами Независимой психиатрической ассоциации России, которые на момент исследования не обнаружили у нее психотических расстройств, однако не смогли вынести свое мнение относительно обоснованности ее стационарирования 26 сентября 1999 года, поскольку не располагали медицинской документацией. На запрос, направленный с согласия Т. Ракевич в Екатеринбургскую больницу № 26, главный врач М. А. Трешилов ответил, что “исходя из буквального толкования ст. 46 Закона о психиатрической помощи” он “не имеет права выслать выписку из истории болезни Т. Ракевич”. Надо сказать, что в запросе мы ссылались не только на ст. 46, дающую общественным организациям право осуществлять контроль за соблюдением прав и законных интересов граждан при оказании психиатрической помощи, но и на другие статьи Закона о психиатрической помощи и Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан, в которых говорится о праве граждан непосредственно знакомиться со своей медицинской документацией, получать копии медицинских документов (ст. 31 Основ), а также о праве медицинского учреждения с согласия гражданина передавать сведения, составляющие медицинскую тайну, другим гражданам (ст. 61 Основ).

17 июня и 7 октября 2003 г. Европейский Суд рассмотрел дело Ракевич и принял решение в пользу заявительницы.

Все, что случилось с Тамарой Ракевич, — во всех отношениях типично для России. Более того, это типовой случай тех заурядных дел, которые не вызывают у значительной части профессионалов никакого протеста в силу наличия значительно более крупных

нарушений. Такие истории постоянно происходили по всей стране. Екатеринбург — первый город, где нашлись грамотные юристы, способные не только защищать права человека с психическими расстройствами внутри страны, но и организовать международную защиту.

В 1999 г. суды не соблюдали установленные законом сроки практически повсеместно, даже в Москве и Санкт-Петербурге. Не случайно первый специальный доклад Уполномоченного по правам человека в Российской Федерации Олега Миронова был посвящен соблюдению прав граждан, страдающих психическими расстройствами, и в нем, в частности, говорилось, что “больные зачастую находились в стационаре без санкции суда более месяца”.

С тех пор ситуация значительно улучшилась, однако по результатам проведенного в мае-июне 2003 г. мониторинга соблюдения прав человека в психиатрических больницах РФ, по-прежнему есть регионы, где суды не соблюдают сроки рассмотрения дел по недобровольной госпитализации и проводят судебные заседания с грубыми нарушениями: в отсутствие прокурора, пациента и его законного представителя и т.п.. Это Московская, Пензенская, Астраханская, Пермская области, Республики Карелия, Калмыкия, Бурятия, Краснодарский, Красноярский и Хабаровский края и др.. По свидетельству некоторых главных врачей, напоминания судам относительно необходимости соблюдения сроков судебного разбирательства часто встречают грубый отпор: “Когда сможем, тогда и рассмотрим. Ваше дело лечить и не вмешивайтесь”.

Никому из недобровольно госпитализированных пациентов не вручают решение суда, таким образом, фактически лишая их возможности своевременного обжалования вынесенного решения. Ни госпитализированные граждане, ни их адвокаты не могут ознакомиться с медицинской документацией в подавляющем большинстве регионов страны. По данным мониторинга — по крайней мере, в 70 % российских стационаров вся медицинская документация по-прежнему является тайной для пациента. Ее высылают только по запросу судебно-следственных органов и вышестоящих медицинских организаций.

Судебные разбирательства по недобровольной госпитализации обычно проходят стремительно: суды просто утверждают заключения врачей-психиатров о необходимости лечения и не только не вызывают свидетелей со стороны госпитализированного лица, но решают дело в отсутствие адвоката или законного представителя, а порой и самого пациента.

Случаи отказа судами психиатрическим стационарам в недобровольной госпитализации граждан в целом по стране не превышают 1 – 2 % от общего числа рассмотренных дел. Суды не хотят вникать в суть каждого дела, и основывают свои решения целиком и полностью только на заключениях комиссий врачей-психиатров психиатрических клиник,

которые являются одной из заинтересованных в исходе дела сторон. Многие судьи фактически отказываются от всестороннего рассмотрения дел о недобровольной госпитализации, ссылаясь на отсутствие знаний в области психиатрии — “Мы все равно ничего в этом не понимаем, мы доверяем врачам”. Между тем, согласно российскому законодательству, психиатр должен установить, есть ли у гражданина психическое расстройство, и нуждается ли он в настоящее время в лечении. Вопрос о том, можно ли данного гражданина лечить недобровольно, — прерогатива суда, который должен состояться в первые 7 дней после стационарирования.

Судебное разбирательство в Европейском Суде наглядно выявило пороки оформления недобровольной госпитализации в российской психиатрии. Представители Правительства сосредоточились на доказывании того, что Т. Ракевич была тяжело больна и в момент стационарирования представляла непосредственную опасность для себя и окружающих. Европейский Суд принял доводы о болезни, не подвергая сомнению записи врачей, однако нашел в этом деле нарушения как российского, так и международного законодательства.

Очень характерными оказались ответы государства на претензии заявительницы. Так, признав нарушение сроков судебного разбирательства, Уполномоченный РФ при Европейском Суде по правам человека г-н П. Лаптев, заявил, что эта отсрочка не принесла никакого вреда здоровью пациентки. При этом здоровье трактуется, как что-то чисто биологическое. Вопрос об ограничении свободы против воли человека не обсуждается. Объясняя, почему заявительнице и ее адвокату не предоставили возможность ознакомиться с заключением комиссии врачей-психиатров, российские представители заявили, что эта информация могла усугубить ее состояние, и что, в силу своей болезни, она не могла правильно истолковать эти сведения. Что касается требования заявительницы заслушать в суде свидетельницу М., то г-н Лаптев, заявил, что в этом не было никакой необходимости, поскольку “М. не является психиатром, и ее показания не добавят ничего существенного”. — Довод, игнорирующий необходимость для недобровольного стационарирования достаточных оснований не только медицинского характера, но и обоснования опасности, беспомощности и т.п.

Вынесенное Европейским Судом решение — хороший урок как для российской судебной системы, так и для психиатров. Хотя в данном случае виноват суд, а не психиатры, фактически именно последних обвинили в том, что они незаконно лечили человека в течение нескольких недель. С точки зрения правозащитников, они должны были в сложившейся ситуации либо отпустить Ракевич домой (поскольку не имели права лечить недобровольно без санкции суда), либо подавать в суд документы на недобровольную госпитализацию Т. Ракевич каждые пять дней.

Судебной власти пришлось принять к сведению, что необходимо строго соблюдать установленные законом сроки, проводить судебные разбирательства как состязательный процесс сторон (несмотря на то, что одна из сторон страдает психическим расстройством), с соблюдением всех правил и обосновывать свои решения о недобровольной госпитализации, т.е., насильственном лишении человека свободы, подробными указаниями не только на болезнь пациента, но и на соответствие основаниям недобровольной госпитализации, описанным в Законе о психиатрической помощи.

Кроме того, было показано, что наш российский закон, который некоторые психиатры ругают за излишний демократизм, не позволяющий им лечить пациентов, на самом деле далек от полного соответствия международным стандартам, поскольку не предусматривает в случае недобровольного стационарирования обращения в суд самого госпитализированного. В суд за разрешением на лечение обращается больница, а пациенту такое право не предоставлено.

Итак, дело Т. Ракевич очередной раз подтвердило, что европейские стандарты требуют жесткого судеб-

ного контроля за применением недобровольных мер в психиатрии. В России такой контроль пока недостаточно эффективен. Обращение в Европейский Суд — не самый быстрый, но действенный механизм защиты нарушенных прав, и российские правозащитники научились им пользоваться. В стране созданы десятки правозащитных организаций, специализирующихся на международной защите прав граждан. В них работают грамотные юристы, многие из которых прошли стажировку на Западе и хорошо разбираются в европейском законодательстве.

Сейчас Россия лидирует по количеству жалоб, поданных в Европейский Суд по правам человека, занимая второе место после Турции. И наверняка будет еще много дел, связанных с психиатрией. Особенно, если будет утвержден законопроект “О внесении изменений и дополнений в Закон РФ “О психиатрической помощи...”, существенно ограничивающий использование судебной процедуры при применении недобровольных мер, и продолжится наступление на независимую экспертизу. Ведь все это лишает человека права на справедливую защиту в суде.

Учитывая чрезвычайную важность для российских психиатров этого первого решения, мы публикуем его целиком в переводе юриста екатеринбургской правозащитной организации “Сутяжник” Анны Демановой, представлявшей интересы заявительницы в Европейском Суде. Официальный перевод решения суда до сих пор не подготовлен.

Европейский Суд по правам человека

Дело Ракевич против России

(N 58973/00)

РЕШЕНИЕ

Страсбург, 28 октября 2003

Данное решение станет окончательным при обстоятельствах, установленных статьей 44 § 2 Конвенции. Оно может подлежать редакционной правке.

В деле Ракевич против России, Европейский суд по правам человека (вторая секция), заседая Палатой, состоящей из: Мистера J.-P. Costa, президента, мистера А. В. Вака, мистера К. Jungwiert, мистера V. Butkevych, миссис W. Thomassen, мистера M. Ugrekheldze, мистера А. Kovler, судей, и миссис S. Dollй, секретаря секции, совещаясь 17 июня и 7 октября, вынес следующее решение, принятое последней указанной датой.

ПРОЦЕДУРА

1. Дело было инициировано жалобой (N. 58973/00) против Российской Федерации, поданной в Суд в соответствии со статьей 34 Европейской Конвенции о

защите прав человека и основных свобод (“Конвенция”), мисс Тамарой Николаевной Ракевич (“заявитель”), 8 июня 2000 года.

2. Заявитель, которому была предоставлена правовая помощь, была представлена в Суде мисс Анной Демановой и позже мистером Ершовым, юристами, практикующими в Екатеринбурге. Российское Правительство (“Правительство”) было представлено мистером Павлом Лаптевым, представителем Российской Федерации в Европейском суде по правам человека.

3. Заявитель утверждала, что ее недобровольное помещение в психиатрический стационар было несовместимо с требованиями статьи 5 Конвенции.

4. Жалоба была распределена второй Секции Суда (Правило 52 § 1 Процедуры суда). Внутри этой

секции, Палата, которая должна рассматривать дело (27 § 1 Конвенции) была сформирована в соответствии с Правилom 26 § 1 Процедуры Суда.

5. 1 ноября 2001 года Суд сменил состав Секций (Правило Процедуры Суда 25 § 1). Это дело было передано во вновь созданную вторую секцию. (Правило 52 § 1 Процедуры суда).

6. Решением от 5 марта 2002 Суд признал жалобу приемлемой.

7. Публичное слушание дела по существу состоялось в Европейском Суде по правам человека в Страсбурге, 17 июня 2003 (Правило процедуры суда 59 § 3).

(a) *Со стороны Правительства в Европейском суде присутствовали:* Мистер Павел Лаптев, представитель Российской Федерации в Европейском суде по правам человека; мистер Ю. Берестнев, мистер В. Пирожков, мистер С. Шишков, мисс Д. Михалина, советники,

(b) *со стороны заявителя:* Мисс А. Деменева, представитель; мистер Б. Петранов, мисс В. Вандова, советники.

Суд заслушал объяснения мисс Деменевой, мистера Петранова и мистера Лаптева.

ФАКТЫ

I. ОБСТОЯТЕЛЬСТВА ДЕЛА:

8. Заявитель родилась в 1961 году и проживает в Екатеринбурге.

А. Помещение заявителя в психиатрический стационар.

9. 25 сентября 1999 заявитель пришла в гости к своей знакомой М.

10. В соответствии с фактами, представленными заявителем, она всю ночь не спала, читала Библию и делилась своими религиозными взглядами. 26 сентября 1999, М., оскорбленная взглядами заявителя, вызвала скорую помощь, чтобы увезти ее в психиатрический стационар. Растерянная от прибытия скорой помощи заявитель попросила у М. объяснений, но бригада "скорой помощи" потребовала от заявителя, чтобы она следовала за ними.

11. Согласно утверждениям Правительства, знакомая заявительницы встретила ее на улице за день до событий, и, обеспокоенная ее необычным поведением, привела ее к себе домой, чтобы о ней позаботиться. Заявительница не спала всю ночь, звала свою мать (которая живет в Казахстане) и галлюцинировала. В связи с этим знакомая вынуждена была вызвать "скорую помощь".

12. Заявительница была увезена бригадой скорой помощи в городскую больницу г. Екатеринбурга номер 26. Дежурный врач посчитал, что она страдает тяжелым психическим заболеванием, сопровождаемым симптомами страха, беспокойства и дезориентации, что представляет опасность для заявительницы и

окружающих. Заявительница плакала и не хотела идти на контакт с врачом.

13. 26 сентября 1999 стационар направил в суд заявление о вынесении постановления о недобровольной госпитализации заявителя.

14. Два дня спустя, 28 сентября 1999 года медицинская комиссия установила, что заявитель страдает параноидальной шизофренией, и подтвердила, что заявитель должна пройти лечение в стационаре. В соответствии с утверждениями врачей, находясь в стационаре, заявитель оставалась подозрительной и рассеянной. Она скрывала свои эмоции и не объясняла своего поведения, которое стало основанием для госпитализации. Она обвиняла сотрудников больницы в хищении ее вещей. Заявитель настаивала, что ее госпитализация была вызвана действиями знакомой, которая была членом религиозной секты и собиралась ее в эту секту привлечь. Не доверяя врачам, заявительница отказывалась от лечения. Она была неопрятна, могла носить по три кофты одновременно и не раздевалась перед сном. Заявительница также отказывалась мыться в страхе перед простудой и писала жалобы, которые прятала в нижнем белье. В то время, согласно медицинской документации, она оставалась эмоционально холодной и манерной.

В. Судебный контроль за госпитализацией.

15. 5 ноября 1999 г. Орджоникидзевский районный суд Екатеринбурга, проведя судебное слушание в психиатрическом стационаре, подтвердил, что госпитализация была необходима, так как заявитель страдала от приступа параноидальной шизофрении. В своих выводах суд полагался на оценку, данную сотрудниками стационара, что ухудшение состояния здоровья заявителя ставило в опасность ее физическую целостность, и что она была невменяема. Представители стационара также указывали, что заявитель была привезена в стационар бригадой скорой медицинской помощи в невменяемом состоянии и что она "не спала всю ночь, читала Библию и плакала". Коллега заявителя по работе, допрошенный в качестве свидетеля, указал, что заявитель нелегко шла на контакт и писала частые жалобы о якобы предубежденном отношении к ней ее коллег."

16. В жалобе также заявлялось, что представитель заявителя не имел доступа к медицинским документам, ни до, ни во время слушания, несмотря на ходатайства.

17. 11 ноября 1999 года заявитель обжаловала решение от 5 ноября. Заявитель утверждала, что не могла подать мотивированную кассационную жалобу, поскольку в то время текст мотивированного судебного решения не был ей предоставлен.

18. 24 декабря 1999 года Свердловский областной суд отказал в удовлетворении кассационной жалобы заявительницы, подтвердив, что госпитализация заявительницы была необходимой. Однако, суд установил, что заявительница более не нуждается в неот-

ложном лечении, имеет работу и является матерью несовершеннолетнего ребенка, и уже провела в стационаре значительный период времени.

II. НАЦИОНАЛЬНОЕ ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВО.

Основные принципы оказания психиатрической помощи в России регулируются Законом "О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании", принятом в 1992 году.

Статья 29 данного Закона устанавливает основания недобровольной госпитализации в психиатрический стационар:

Статья 29. Основания для госпитализации в психиатрический стационар в недобровольном порядке

Лицо, страдающее психическим расстройством, может быть госпитализировано в психиатрический стационар без его согласия или без согласия его законного представителя до постановления судьи, если его обследование или лечение возможны только в стационарных условиях, а психическое расстройство является тяжелым и обуславливает:

- а) его непосредственную опасность для себя или окружающих, или
- б) его беспомощность, то есть неспособность самостоятельно удовлетворять основные жизненные потребности, или
- в) существенный вред его здоровью вследствие ухудшения психического состояния, если лицо будет оставлено без психиатрической помощи.

Статья 32 Закона определяет процедуру освидетельствования лиц, недобровольно помещенных в психиатрический стационар:

Статья 32. Освидетельствование лиц, помещенных в психиатрический стационар в недобровольном порядке

(1) Лицо, помещенное в психиатрический стационар по основаниям, предусмотренным статьей 29 настоящего Закона, подлежит обязательному освидетельствованию в течение 48 часов комиссией врачей — психиатров психиатрического учреждения, которая принимает решение об обоснованности госпитализации. В случаях, когда госпитализация признается необоснованной и госпитализированный не выражает желания остаться в психиатрическом стационаре, он подлежит немедленной выписке.

(2) Если госпитализация признается обоснованной, то заключение комиссии врачей — психиатров в течение 24 часов направляется в суд по месту нахождения психиатрического учреждения для решения вопроса о дальнейшем пребывании лица в нем.

Статья 33. Обращение в суд по вопросу о госпитализации в недобровольном порядке

(1) Вопрос о госпитализации лица в психиатрический стационар в недобровольном порядке по основаниям, предусмотренным статьей 29 настоящего Зако-

на, решается в суде по месту нахождения психиатрического учреждения.

(2) Заявление о госпитализации лица в психиатрический стационар в недобровольном порядке подается в суд представителем психиатрического учреждения, в котором находится лицо,

К заявлению, в котором должны быть указаны предусмотренные законом основания для госпитализации в психиатрический стационар в недобровольном порядке, прилагается мотивированное заключение комиссии врачей — психиатров о необходимости дальнейшего пребывания лица в психиатрическом стационаре.

(3) Принимая заявление, судья одновременно дает санкцию на пребывание лица в психиатрическом стационаре на срок, необходимый для рассмотрения заявления в суде.

Статья 34. Рассмотрение заявления о госпитализации в недобровольном порядке

(1) Заявление о госпитализации лица в психиатрический стационар в недобровольном порядке судья рассматривает в течение пяти дней с момента его принятия в помещении суда либо в психиатрическом учреждении.

(2) Лицу должно быть предоставлено право лично участвовать в судебном рассмотрении вопроса о его госпитализации. Если по сведениям, полученным от представителя психиатрического учреждения, психическое состояние лица не позволяет ему лично участвовать в рассмотрении вопроса о его госпитализации в помещении суда, то заявление о госпитализации рассматривается судьей в психиатрическом учреждении.

(3) Участие в рассмотрении заявления прокурора, представителя психиатрического учреждения, ходатайствующего о госпитализации, и представителя лица, в отношении которого решается вопрос о госпитализации, обязательно.

Статья 35. Постановление судьи по заявлению о госпитализации в недобровольном порядке

(1) Рассмотрев заявление по существу, судья удовлетворяет либо отклоняет его.

(2) Постановление судьи об удовлетворении заявления является основанием для госпитализации и дальнейшего содержания лица в психиатрическом стационаре.

(3) Постановление судьи в десятидневный срок со дня вынесения может быть обжаловано лицом, помещенным в психиатрический стационар, его представителем, руководителем психиатрического учреждения, а также организацией, которой законом либо ее уставом (положением) предоставлено право защищать права граждан, или прокурором в порядке, предусмотренном Гражданским процессуальным кодексом РСФСР.

Статьи 47-1 и 48-1 Закона предусматривают право пациента обжаловать неправомерные действия меди-

цинских работников при оказании психиатрической помощи.

Глава 24-1 Гражданского процессуального кодекса РСФСР определяет процедуру судебного рассмотрения административных дел.

ВОПРОСЫ ПРАВА

1. ПРЕДПОЛАГАЕМОЕ НАРУШЕНИЕ СТАТЬИ 5 § 1 (Е) КОНВЕНЦИИ.

19. Заявитель указывала, что ее помещение в психиатрический стационар нарушало статью 5 § 1 (е) Конвенции, которая устанавливает:

“1. Каждый имеет право на свободу и личную неприкосновенность. Никто не может быть лишен свободы иначе как в следующих случаях и порядке, установленном законом:

(е) законное заключение под стражу душевнобольных...”

А. Аргументы сторон.

1. Заявитель.

20. Заявитель указывала, что в момент госпитализации не имелось достоверных медицинских данных о том, что она является душевнобольной. Ранее у нее не было никаких психических проблем и не было установлено никаких психических заболеваний. Более того, в свободное время она занималась альпинизмом, имеет спортивный разряд по данному виду спорта, что было бы невозможно, если бы у нее были психические отклонения.

21. Заявитель также указала, что обстоятельства ее госпитализации не могут считаться требующими неотложной госпитализации. Основания, которые называет Орджоникидзевский районный суд в качестве обоснования законности госпитализации — то, что она была в невменяемом состоянии, не спала всю ночь, читала Библию и плакала, ранее писала частые жалобы, — были преувеличены и даже отдаленно не представляли собой оснований для немедленной госпитализации в психиатрический стационар. Заявитель указывала, что ее поведение не было агрессивным, и не угрожало ни ее безопасности, ни безопасности окружающих. По мнению заявителя, проведение времени в религиозных разговорах с приятельницей не могло угрожать безопасности, во всяком случае — безопасности окружающих.

22. Заявитель утверждала далее, что ее госпитализация не была “законной” по ряду оснований. Первое, ни закон “О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании”, ни какие-либо другие законы не дают определения понятию “представлять опасность для себя” — главного основания ее госпитализации. В связи с этим данный критерий трактуется слишком широко, а потому Закон не соответствует требованиям Конвенции правовой определенности и предсказуемости. Второе, Закон не обес-

печивает эффективных гарантий от произвольной госпитализации, так как не устанавливает требования о независимом медицинском осмотре госпитализированного лица. Наконец, Орджоникидзевский районный суд рассмотрел дело только через 39 дней после госпитализации, вместо требуемых по закону пяти дней.

2. Правительство.

23. Правительство настаивало на том, что заявительница была признана душевнобольной к моменту госпитализации ее в психиатрический стационар. Врач “скорой помощи” и дежурный врач стационара указали, что заявитель находилась в остром психотическом состоянии, сопровождаемом растерянностью, страхом и психомоторным возбуждением.

24. Правительство также указывало, что состояние заявительницы в ночь перед госпитализацией могло рассматриваться как необходимость оказания срочной психиатрической помощи. В соответствии с медицинскими сведениями, на которых основывалось Правительство, состояние заявительницы было таким, что только срочная госпитализация могла предотвратить опасность, которую заявитель представляла для себя и окружающих.

25. Правительство согласилось с тем фактом, что срок, установленный законом для судебного контроля за законностью задержания, не был соблюден. Однако, ничто не говорит о том, что такая задержка повлекла ущерб здоровью заявительницы.

В. Оценка Суда.

1. Являлась ли заявительница “душевнобольной”.

26. Суд напоминает, что термин “душевнобольной” не имеет четкого определения, поскольку психиатрия это сфера, включающая в себя и медицинские, и социальные факторы. Однако, этот термин не может быть использован таким образом, чтобы позволить госпитализировать лицо в недобровольном порядке только потому, что его взгляды и поведение отклоняются от общепринятых норм (см. решение по делу *Winterwerp v. the Netherlands*, от 24 октября 1979, Series A no. 33, § 37).

27. Более того, для того, чтобы были соблюдены требования “законности” лишения свободы по смыслу статьи 5 § 1 (е) Конвенции, должны соблюдаться три основных принципа. Первое, госпитализированное лицо должно быть признано с точки зрения объективных медицинских показателей страдающим от психического заболевания, за исключением случаев неотложной психиатрической помощи. Второе, заболевание должно быть такой степени, чтобы требовать недобровольной госпитализации. Третье, заболевание должно длиться в течение периода госпитализации (см. решение по делу *Winterwerp*, процитированное выше, § 39).

28. Ясно, что заявитель не имела документально закреплённой истории психиатрических проблем перед госпитализацией 26 сентября 1999 года. Первый

доктор, который ее осматривал, это врач бригады “скорой помощи”. Поскольку медицинская оценка психического состояния должна быть получена перед госпитализацией, это требование может не исполняться в случаях, требующих неотложного психиатрического вмешательства. Суд поэтому должен определить, имелась ли на 26 сентября такая необходимость.

29. В соответствии с решением Орджоникидзевского районного суда, в день госпитализации заявитель была в невменяемом состоянии после бессонной ночи и эмоционального чтения Библии. Сами по себе эти факты, с точки зрения Суда, не предполагают, что лицо нуждается в неотложной психиатрической помощи. Однако, некоторые вызывающие сомнение слова в решении районного суда подтверждены медицинскими доказательствами. Документы психиатров определяют, что заявитель 26 сентября 1999 г. испытывала резкое ухудшение психического здоровья, которое выразилось, прежде всего, в дезориентации. У Суда нет оснований сомневаться в правильности этих документов, и он приходит к выводу, что состояние здоровья заявителя могло потребовать неотложной психиатрической помощи.

30. Поскольку заявитель не считает, что ее состояние требовало неотложной медицинской помощи, Суд повторяет, что в решении вопроса, должна ли заявитель быть госпитализирована как душевнобольная, за национальными властями должен признаваться определенный приоритет в принятии такого решения, поскольку именно компетенция прежде всего национальных властей — оценивать доказательства (см. решение *Winterwerp*, цитированное выше, § 40). Суд не считает, что госпитализация заявителя была произвольной, поскольку решение национальных органов основано на медицинских документах о наличии у заявителя заболевания. У Суда нет оснований отвергать данные доводы.

2. Была ли госпитализация законной.

31. Суд не согласен с заявителем в том, что закон “О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании”, в частности, его положения о недобровольной госпитализации, не отвечают требованиям правовой определенности, вытекающим из Конвенции. В соответствии с этим принципом, закон должен быть достаточно ясным, чтобы предоставлять гражданину информацию о правилах поведения, но абсолютной конкретизации не требуется. (см. решение по делу *The Sunday Times v. the United Kingdom (no. 1)* от 26 April 1979, Series A no. 30, § 49).

32. Статья 29 Закона “О психиатрической помощи...” позволяет применять недобровольную госпитализацию, если, кроме прочего, “психическое заболевание является тяжким и может привести к непосредственной опасности лица для окружающих”. С точки зрения Суда, для законодателя необязательно исчерпывающим образом определять понятие “опасность”, поскольку невозможно в законе определить

весь перечень возможных условий, которые могут представлять собой такую угрозу. Кроме того, закон требует, чтобы суды рассматривали все дела по недобровольной госпитализации на основании медицинских документов, и это существенная гарантия от произвольного задержания.

33. Суд далее напоминает, что властные органы должны также выполнять требования, налагаемые на них национальным законодательством относительно задержания. (см. *Van der Leer v. the Netherlands*, решение от 21 February 1990, Series A no. 170-A, §§ 23 – 24; *Wassink v. the Netherlands*, решение от 27 September 1990, Series A no. 185-A, § 27; *Erkalo v. the Netherlands*, решение от 2 September 1998, *Reports of Judgments and Decisions* 1998-VI, § 57).

34. Прежде всего, это компетенция национальных органов, в частности суда, толковать и применять национальный закон. Однако, поскольку согласно статье 5 § 1 неисполнение требований национального закона ведет к нарушению Конвенции, следовательно, Суд может и должен, использовать свою компетенцию для рассмотрения такого требования, заявленного в жалобе. (см. *Benham v. the United Kingdom*, решение от 10 June 1996, *Reports* 1996-III, § 41).

35. Суд отмечает, что в соответствии со статьей 34 – 1 Закона “О психиатрической помощи”, судья может издать постановление об удовлетворении или отказе в удовлетворении заявления больницы в течение пяти дней с момента получения этого заявления. В данном деле, стационар подал заявление о вынесении постановления 26 сентября 1999, но постановление было принято Орджоникидзевским районным судом только 5 ноября 1999 года, по прошествии 39 дней с момента госпитализации. Поэтому, госпитализация заявителя не соответствовала порядку, установленному законом. Соответственно, имело место нарушение статьи 5.1. Конвенции.

II. ПРЕДПОЛАГАЕМОЕ НАРУШЕНИЕ СТАТЬИ 5 § 4 КОНВЕНЦИИ

36. Заявитель далее жаловалась на то, что судебный контроль за законностью госпитализации не отвечал требованиям статьи по эффективности, справедливости и незамедлительности. Она также указала, что согласно закону “О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании”, госпитализированное лицо не имеет права инициировать судебную процедуру на предмет проверки законности госпитализации. В отношении этих требований заявитель ссылалась на статью 5 § 4 Конвенции, которая устанавливает:

“4. Каждый, кто лишен свободы в результате ареста или заключения под стражу, имеет право на безотлагательное рассмотрение судом правомерности его заключения под стражу и на освобождение, если его заключение под стражу признано судом незаконным.”

А. Аргументы сторон

1. Заявитель

37. Заявитель указывала, что в течение 39 дней с момента ее госпитализации она не имела доступа к суду. Этот период нарушал не только требования закона о психиатрической помощи, но был также слишком длинным в абсолютном смысле. С точки зрения заявителя, национальный суд бездействовал в течение всего этого периода.

38. Заявитель также указывала в дальнейшем, что процесс в Орджоникидзевском районном суде сопровождался целым рядом процессуальных нарушений. В частности, ни заявитель, ни ее юристы не имели доступа к медицинским документам ни перед слушанием, ни в ходе слушания, ни после него. Более того, суд не допросил М., которая была основным свидетелем.

39. Наконец, Закон о психиатрической помощи не позволяет недобровольно госпитализированным пациентам инициировать судебный контроль за законностью их госпитализации. Хотя автоматическое судебное рассмотрение вопроса задержания является важной гарантией против произвольного задержания, не должно исключаться право госпитализированного лица на инициирование процесса.

2. Правительство

40. Правительство утверждало, что ознакомление заявителя с медицинскими документами не приведет ни к чему, кроме ухудшения психического состояния заявителя, которое не позволит воспринять содержащуюся в документах информацию правильно. Правительство также указывало, что не было необходимости заслушивать М. как свидетеля, поскольку она не была психиатром, и ее показания мало бы добавили информации в материалы дела.

41. Правительство указывало, что заявитель никогда не обращалась за медицинскими документами, а если бы это было сделано, такие ходатайства были бы удовлетворены.

42. Относительно заявлений о том, что госпитализированное лицо не может самостоятельно инициировать процедуру обжалования госпитализации, Правительство возразило, что такое средство на самом деле существует. В соответствии со статьями 47 и 48 закона “О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании” гражданин имеет право обжаловать в суд любые неправомерные действия врачей в ходе госпитализации. Правительство также указало, что в любом случае, Закон предусматривает эффективную защиту против произвольности недобровольной госпитализации, что возможно только в случае, когда суд основывает свое решение на медицинских документах.

В. Оценка Суда.

43. Суд отмечает, что основная гарантия статьи 5 § 4 состоит в том, что госпитализированное лицо должно иметь право самостоятельно возбуждать процедуру судебного контроля за его госпитализацией (см.,

например, решение по делу *Musial v. Poland*, от 25 марта 1999, *Reports 1999-II*, § 43).

44. Администрация психиатрического стационара, действуя в соответствии со статьей 33-2 Закона “О психиатрической помощи...” обращается с заявлением о судебном контроле за законностью госпитализации. Закон не позволяет заявителю обращаться в суд самостоятельно. Вместо этого, инициатива подачи заявления в суд возлагается исключительно на медицинских работников. Однако, статья 5 § 4 требует прежде всего независимого правового механизма, по которому госпитализированное лицо может предстать перед судьей, который примет решение на предмет законности госпитализации. Когда это средство существует, доступ госпитализированного лица к суду не должен зависеть от волеизъявления госпитализирующих органов. Поскольку правовой механизм, содержащийся в статьях 33 – 35 закона “О психиатрической помощи” и закрепляющий, что пациент стационара предстает перед судом автоматически, призван быть эффективным механизмом против произвольной госпитализации, он будет до тех пор недействующим, пока не будет содержать базовых гарантий статьи 5 § 4. Дополнительные гарантии не устраняют необходимость обеспечивать основные гарантии.

45. Из закона о психиатрической помощи не следует, что заявитель имела непосредственное право обжаловать правомерность госпитализации и требовать освобождения. Статьи 47 и 48 Закона “О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании” признают право госпитализированного лица обжаловать действия медицинских сотрудников в целом, а статья 5 § 4 Конвенции требует специального средства защиты права на свободу госпитализированного лица.

46. Поэтому суд приходит к выводу, что заявителю не было предоставлено право инициировать судебный процесс самостоятельно, как этого требует статья 5 § 4 Конвенции. Соответственно, имело место нарушение данного положения.

47. Более того, поскольку процесс не отвечал требованиям статьи 5 § 4 Конвенции, и в свете установленных нарушений статьи 5 § 1 в связи с длительностью срока рассмотрения дела, нет необходимости рассматривать, как судебные процедуры проводились, в частности, были ли они “незамедлительными”.

III. ПРИМЕНЕНИЕ СТАТЬИ 41 КОНВЕНЦИИ

48. Статья 41 Конвенции предусматривает:

“Если Суд объявляет, что имело место нарушение Конвенции или Протоколов к ней, а внутреннее право Высокой Договаривающейся Стороны допускает возможность лишь частичного устранения последствий этого нарушения, Суд, в случае необходимости, присуждает справедливую компенсацию потерпевшей стороне.”

49. Заявитель требовала компенсации морального вреда, причиненного ей и возмещения материального ущерба, судебных расходов. Правительство с данными требованиями не согласилось.

А. Моральный вред

50. Заявитель требовала 10 000 евро в качестве компенсации морального вреда. Она ссылаясь на то, что испытывала эмоциональное потрясение и беспокойство, вызванное помещением в психиатрический стационар. Она подчеркивала, что также испытывала беспомощность из-за того, как происходила госпитализация и невозможности оспорить ее.

51. Правительство не согласилось с заявленной суммой, считая ее чрезмерной и указав, что возможные процессуальные нарушения в деле не привели к нарушению ее неотъемлемых прав.

52. Суд считает, что некоторые формы морального ущерба, включая эмоциональную подавленность, по самой их природе не всегда могут быть подтверждены какими-либо доказательствами. (см. *Abdulaziz, Cabales and Balkandali v. the United Kingdom*, решение от 28 May 1985, Series A no. 94, § 96). В данном деле, логично предположить, что заявитель испытывала подавленность, беспокойство и депрессию по причине ее госпитализации на достаточно большой период, которая не была основана на судебном решении.

53. По данному требованию Суд присуждает заявителю 3 000 евро.

В. Расходы и издержки

54. Заявитель также требовала компенсации расходов и издержек на сумму 3 300 евро. Она указала, что потратила 100 евро на независимую психиатрическую экспертизу, 200 евро на лечение для восстановления здоровья после госпитализации и 3000 евро на представление ее интересов в Суде.

55. Правительство указало, что заявитель должным образом не подтвердила понесенные ею расходы.

56. Суд отмечает, что в материалах дела не представлены доказательства того, что заявитель действительно понесла эти расходы. Более того, заявителю была предоставлена правовая помощь от Совета Европы (см. параграф 2 выше). Соответственно, Суд находит, что по данному пункту компенсация присуждена не будет.

С. Процентная ставка

57. Суд считает, что процент пени при выплате компенсации должен составить предельную процентную годовую ставку по займам Европейского центрального банка плюс три процента.

ПО ЭТИМ ОСНОВАНИЯМ СУД ЕДИНОГЛАСНО

1. Постановил, что имело место нарушение статьи 5.1. Конвенции
2. Постановил, что имело место нарушение статьи 5.4. Конвенции
3. Постановил, что государство-ответчик должно выплатить заявителю в течение трех месяцев с даты, когда решение станет окончательным, в соответствии со статьей 44 § 2 Конвенции, 3 000 евро (три тысячи евро) в счет компенсации морального вреда, в пересчете на национальную валюту государства-ответчика по курсу на день выплаты плюс все налоги, которыми может облагаться данная сумма.
4. Отклонил остальные требования заявителя по справедливой компенсации.

J.-P. Costa, Председатель Палаты
S. Dollé секретарь секции.

Первая международная конференция
ПСИХИАТРИЯ, ПРАВО И ЭТИКА

Эйлат, Израиль, 23 – 25 марта 2004 г.

P. O. Box 574, Jerusalem 91004, Israel
Tel: 972-2-6520574; Fax: 972-2-6520558
E-mail: seminars@isas.co.il

Специалист-психиатр в уголовном процессе

Ю. Н. Аргунова

Эксперт и специалист являются двумя самостоятельными процессуальными фигурами. Эксперт по Уголовно-процессуальному кодексу РФ — это лицо, обладающее специальными знаниями и назначенное для производства судебной экспертизы и дачи заключения (ст. 57).

Специалист — лицо, обладающее специальными знаниями, привлекаемое к участию в процессуальных действиях для содействия в обнаружении, закреплении и изъятии предметов и документов, применении технических средств и исследовании материалов уголовного дела, для постановки вопросов эксперту, а также для разъяснения сторонам и суду вопросов, входящих в его профессиональную компетенцию (ст. 58 УПК РФ).

Участие специалиста возможно по существу на всех стадиях уголовного судопроизводства.

Специалист вправе:

1) отказаться от участия в производстве по уголовному делу, если он не обладает соответствующими специальными знаниями;

2) задавать вопросы участникам следственного действия с разрешения дознавателя, следователя, прокурора и суда;

3) знакомиться с протоколом следственного действия, в котором он участвовал, и делать заявления и замечания, которые подлежат занесению в протокол;

4) приносить жалобы на действия (бездействие) и решения дознавателя, следователя, прокурора и суда, ограничивающее его права.

Специалист не вправе: уклоняться от явки по вызовам дознавателя, следователя, прокурора или в суд, а также разглашать данные предварительного расследования, ставшие ему известными в связи с участием в производстве по уголовному делу в качестве специалиста, если он был об этом заранее предупрежден. Прокурор, следователь или дознаватель берут у специалиста подписку с предупреждением об ответственности по ст. 310 УК РФ за разглашение указанных данных.

В ст. 58 в отличие от ст. 57 УПК при определении функций и прав специалиста оказалось, однако упущенной одна из важных составляющих его деятельности — дача заключения. Этот пробел в законе образовался, вероятно, вследствие небрежности, допущенной законодателем при принятии в июне 2003 г.

многочисленных изменений в УПК РФ¹. При внесении дополнений в ст. 74 и 80 оказались забытыми другие связанные с ними статьи УПК, в частности ст. 58.

Новая редакция ст. 80 УПК ввела понятия *заключение специалиста* — т.е. представленное в письменном виде суждение по вопросам, поставленным перед специалистом сторонами, и *показания специалиста*, к которым относятся сведения, сообщенные им на допросе об обстоятельствах, требующих специальных познаний, а также разъяснения своего мнения в соответствии с требованиями ст. 53, 168, 271 УПК.

В первоначальной редакции ст. 80 УПК РФ, введенного в действие с 1 июля 2002 г., дача заключения и показаний признавалась только за экспертом, что необоснованно принижало роль специалиста в уголовном процессе, т.к. это вело к тому, что результаты проделанной специалистом работы не входили затем в систему доказательств по уголовному делу. Федеральный закон от 4 июля 2003 г. исправил положение, внося существенное дополнение в ст. 74 УПК: теперь в качестве доказательств по уголовному делу допускаются не только заключение и показания эксперта, но равно и заключение и показания специалиста.

“Непоправленной” осталась не только ст. 58 УПК, но и ст. 240 и 285 УПК, допускающие оглашение в судебном заседании лишь экспертного заключения и не предусматривающие того же в отношении заключения специалиста. Представляется, что это упущение, вызванное нестыковкой норм УПК, может быть преодолено в судебном заседании в каждом конкретном случае путем подачи соответствующего ходатайства заинтересованной стороной об оглашении полностью или частично заключения специалиста при том условии, что в нем изложены или удостоверены обстоятельства, имеющие значение для уголовного дела.

УПК РФ предусматривает ряд требований к кандидатуре специалиста. Специалист **не может принимать участие** в производстве по уголовному делу, если он:

— является потерпевшим, гражданским истцом, гражданским ответчиком или свидетелем по данному уголовному делу;

¹ См.: ФЗ “О внесении изменений и дополнений в Уголовно-процессуальный кодекс Российской Федерации” от 4 июля 2003 г. № 92-ФЗ // Российская газета 2003 г. 10 июля.

— участвовал в качестве присяжного заседателя, переводчика, понятого, секретаря судебного заседания, защитника, законного представителя подозреваемого, обвиняемого, представителя потерпевшего, гражданского истца или гражданского ответчика, дознавателя, следователя, прокурора, судьи в производстве по данному уголовному делу;

— является близким родственником или родственником любого из участников производства по данному уголовному делу;

— находился или находится в служебной или иной зависимости от сторон или их представителей;

— обнаруживает свою некомпетентность.

Специалист не может участвовать в производстве по уголовному делу также в случаях, если имеются иные обстоятельства, дающие основания полагать, что он лично, прямо или косвенно заинтересован в исходе данного уголовного дела.

В ч. 2 ст. 71 УПК специально указывается, что предыдущее участие лица в производстве по уголовному делу в качестве специалиста не является основанием для его отвода. Он может быть вновь привлечен к исполнению обязанностей специалиста.

По смыслу ст. 61, 70 и 71 УПК предыдущее участие лица в производстве по данному уголовному делу не как специалиста, а как эксперта служит обстоятельством, исключающим его участие в этом деле уже в качестве специалиста. Такая позиция законодателя представляется не вполне убедительной. Ведь в отличие от специалиста эксперт не может быть отведен на том основании, что участвовал в данном деле в качестве эксперта либо привлекался к нему как специалист. Необходимость в привлечении специалиста, в т.ч. специалиста-психиатра, возникает и после проведения СПЭ. Вопросы, которые надлежит прояснить специалисту, могут не иметь отношения к предмету проведенной ранее СПЭ, в которой он участвовал как эксперт. Поиски же другого компетентного в вопросах психиатрии лица в ряде ситуаций могут оказаться весьма затруднительными и затянуть рассмотрение дела.

При наличии перечисленных выше оснований для отвода специалиста, также как и эксперта, обязан устраниться от участия в производстве по делу. В случае, если он этого не сделал, отвод ему может быть заявлен подозреваемым, обвиняемым, его законным представителем, защитником, а также гособвинителем, потерпевшим, гражданским истцом, гражданским ответчиком или их представителями. Решение об отводе специалиста принимается дознавателем, следователем, прокурором или судом. В ходе рассмотрения уголовного дела с участием присяжных заседателей указанное решение принимает председательствующий судья.

Специалист, как уже указывалось, может быть привлечен как в ходе досудебного производства по уголовному делу, так и в ходе судебного производства.

Привлечь специалиста к участию в следственном действии вправе следователь. Перед его началом следователь удостоверяется в компетентности специалиста, выясняет его отношение к подозреваемому, обвиняемому и потерпевшему, разъясняет специалисту его права, предупреждает об ответственности за разглашение данных предварительного расследования (ст. 168 УПК).

Привлекать специалиста вправе и защитник с момента допуска последнего к участию в уголовном деле (ст. 53 УПК).

Одним из следственных действий, которое при необходимости может быть произведено с привлечением врача или другого специалиста является освидетельствование. Оно производится для обнаружения на теле человека особых примет, следов преступления, телесных повреждений, выявления состояния опьянения или *иных свойств и признаков*, имеющих значение для уголовного дела, если для этого не требуется производство судебной экспертизы. Освидетельствованию могут быть подвергнуты подозреваемый, обвиняемый, потерпевший, а также свидетель с его согласия, за исключением случаев, когда освидетельствование необходимо для оценки достоверности его показаний. Постановление следователя о производстве освидетельствования является обязательным для освидетельствуемого лица (ст. 179 УПК).

Обнаружение вышеуказанных “иных свойств и признаков” оказывается подчас затруднительным без использования специальных знаний в области психиатрии. Специалист-психиатр может подтвердить возникшее сомнение в психической полноценности лица, дать рекомендации в отношении возможности проведения с этим лицом тех или иных следственных действий, целесообразности истребования дополнительных сведений, меддокументации.

По результатам освидетельствования с помощью специалиста-психиатра выявляются основания для назначения СПЭ; избирается ее вид (амбулаторная, стационарная, комплексная и т.д.); формулируются вопросы перед экспертами, что особенно важно при вероятности последующего применения норм о возрастной невменяемости и ограниченной вменяемости. Специалист-психиатр может участвовать в выработке решения об избрании для проведения СПЭ конкретного экспертного учреждения или конкретного эксперта из числа лиц, обладающих специальными знаниями; дать рекомендации следователю по подготовке материалов для СПЭ. От качества подготовительной работы следователя будет во многом зависеть полнота и всесторонность предстоящего экспертного исследования, надежность экспертных выводов. Самостоятельно собирать материалы для экспертного исследования эксперт, как известно, не вправе.

Специальные знания специалиста-психиатра могут быть полезными при построении версий, планировании расследования, а также при разработке так-

тики проведения допроса, очной ставки, следственного эксперимента. Хотя возможность привлечения к этим следственным действиям специалиста в законе специально не предусматривается, следовательно, по нашему мнению, вправе просить специалиста-психиатра разъяснить ему вопросы, возникающие в ходе допроса, очной ставки или следственного эксперимента, входящие в его профессиональную компетенцию, что, как представляется, не противоречит ст. 58 УПК. Специалист-психиатр может исключить или предположить (подтвердить) наличие психических нарушений у лица, которое на допросе, например, молчит и не отвечает на вопросы; скорректировать вопросы, которые ставятся перед подозреваемым, обвиняемым, потерпевшим, свидетелем для лучшего их понимания, а также с целью минимизировать вероятность ухудшения психического состояния лица, которое может быть связано с характером задаваемых вопросов и процедурой следственного действия в целом.

В соответствии со ст. 217 УПК по окончании ознакомления обвиняемого и его защитника с материалами уголовного дела следователь выясняет у них, какие эксперты и специалисты подлежат вызову в судебное заседание для допроса и подтверждения позиции стороны защиты. Список подлежащих вызову в судебное заседание лиц, как со стороны обвинения, так и со стороны защиты прилагается к обвинительному заключению.

В подготовительной части судебного заседания председательствующий опрашивает стороны, имеются ли у них ходатайства о вызове новых экспертов и специалистов. Лицо, заявившее ходатайство, должно его обосновать. Суд рассматривает затем каждое ходатайство и удовлетворяет его либо выносит определение об отказе в удовлетворении ходатайства. Лицо, которому в удовлетворении отказано, вправе заявить

его вновь в ходе дальнейшего судебного разбирательства. Однако суд не вправе отказать в удовлетворении ходатайства о допросе в судебном заседании лица в качестве свидетеля или специалиста, явившегося в суд по инициативе сторон (ч. 4 ст. 271 УПК).

Это важное правило может быть с успехом использовано при защите интересов лиц, чье психическое состояние подлежит оценке судом. Такой специалист может являться представителем профессионального психиатрического сообщества, например НПА России, куда ранее обращалась заинтересованная сторона. В ходе допроса в суде специалист-психиатр может привести доводы, опровергающие результаты экспертизы (выводы экспертов не подтверждаются данными проведенного ими исследования или содержат противоречия; эксперты не учли обстоятельств, которые могли существенно повлиять на экспертную оценку; эксперты основывают свои выводы на информации, полученной экспертами в нарушение норм УПК и т.д.). Он вправе дать свою оценку рекомендациям экспертов о применении к лицу, признанному невменяемым или ограниченно вменяемым, принудительных мер медицинского характера; высказать суждения о виде принудительного лечения; поставить вопрос о необходимости назначения дополнительной или повторной СПЭ. В своих показаниях специалист-психиатр может обосновать возможность и целесообразность участия подсудимого, признанного невменяемым, в судебном заседании, что будет способствовать принятию судом более взвешенных решений.

В ходе судебного разбирательства суд может привлечь специалиста к производству следственного эксперимента, осмотра местности и помещения, а также освидетельствования лица (ст. 287, 288, 290 УПК). Не исключено, что в ходе их проведения у суда могут возникнуть вопросы и к специалисту-психиатру.

15-летие НПА РОССИИ — юбилейный отчетно-перевыборный съезд

ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЕ ИДЕАЛЫ И НОВАЯ ДЕЙСТВИТЕЛЬНОСТЬ

21 – 22 марта 2004 г., Москва

Грубое нарушение закона в Москве

3 декабря 2003 г.

Генеральному прокурору Российской Федерации В. В. Устинову
И.о. прокурора г. Москвы А. И. Зуеву
Мэру г. Москвы Ю. М. Лужкову

ОБРАЩЕНИЕ

В психоневрологические учреждения г. Москвы поступило противоречащее законодательству распоряжение Правительства г. Москвы № 412-РМ от 31.10.03 “О составлении единых общих списков присяжных заседателей г. Москвы на 2004 г.”, в котором предписывается главным врачам учреждений представить сведения, состоят или нет на учете в диспансерах лица, перечисленные в списке кандидатов в присяжные заседатели.

Указанное распоряжение издано в нарушение сразу трех действующих законов.

1. Нарушена ст. 80 Закона РСФСР “О судостроительстве РСФСР”, в соответствии с которой *не включаются* в списки присяжных лишь те лица с психическими расстройствами, которые признаны судом недееспособными (такими данными должна располагать сама администрация города как орган опеки и попечительства).

Наличие психических недостатков, препятствующих успешному исполнению обязанностей присяжных заседателей, а также инвалидность по психическому заболеванию могут явиться основаниями к *исключению* лица из списков присяжных, однако лишь *по его письменному заявлению*.

2. Нарушена ст. 61 Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан. Запрашиваемая информация является конфиденциальной и относится к сведениям, составляющим охраняемую законом тайну, — в данном случае врачебную тайну. К врачебной тайне относится не только диагноз заболевания, но и, в первую очередь, информация *о самом факте* обращения за медицинской помощью (не только, кстати, психиатрической) и последующем наблюдении.

Ст. 61 Основ, кроме того, содержит исчерпывающий перечень случаев, при которых допускается предоставление сведений, составляющих врачебную тайну, без согласия гражданина.

Незаконное собирание, хранение и использование информации о гражданах влечет административную (ст. 13.11 КоАП РФ) и уголовную ответственность (ст. 137 УК РФ).

3. Пройгнорированы нормы Закона РФ “О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании”, в частности, ст. 5, запрещающая дискриминацию лица на основании факта наблюдения у психиатра;

ст. 9 о врачебной тайне; ст. 27, изъявшая из официального оборота само понятие “психиатрический учет”.

Правительство г. Москвы, предпринявшее проверку “психиатрической благонадежности” населения, руководствовалось, видимо, предубеждением в отношении тех граждан, кто обращается к психиатрам, полагая, что доверять им не следует, в особенности при выполнении ответственных гражданских обязанностей. При этом Правительство Москвы решило подменить собой судебные инстанции, вторгшись в их компетенцию. Ведь именно суд производит отбор кандидатов в присяжные заседатели, проводит проверку наличия обстоятельств, препятствующих их участию в рассмотрении уголовного дела (глава 42 УПК РФ). Председательствующий разъясняет кандидатам в присяжные заседатели обязанность представить необходимую о себе информацию, предоставляет сторонам возможность задать каждому из кандидатов в присяжные заседатели вопросы, которые по их мнению связаны с выяснением обстоятельств, препятствующих участию лица в качестве присяжного заседателя в рассмотрении дела, а также заявить отвод кандидату в присяжные. После завершения опроса кандидатов происходит обсуждение каждого кандидата. Возможна также замена присяжного заседателя уже в ходе судебного разбирательства, если кто-либо из них не может продолжать участвовать в судебном заседании или отстраняется судьей от участия в заседании.

На основании изложенного НПА России просит Генерального прокурора России и Прокурора г. Москвы принять по данному факту меры прокурорского реагирования и сообщить о них в НПА России в порядке, предусмотренном ФЗ “О прокуратуре Российской Федерации”, а также Инструкцией о порядке рассмотрения и разрешения обращений и приема граждан в органах и учреждениях прокуратуры Российской Федерации, утвержденной приказом Генерального прокурора РФ от 15 января 2003 г. № 3.

Выражаем надежду, что проверка указанных нами сведений будет произведена тщательно, полно и объективно, принимая во внимание Указание Генерального прокурора РФ от 17 декабря 2002 г. № 74/40 “Об организации взаимодействия органов прокуратуры с правоохранительными и иными общественными организациями”.

Президент НПА России, к.м.н.

Юрист НПА России, к.юр.н., советник юстиции

Ю. С. САВЕНКО

Ю. Н. АРГУНОВА

Недобровольная госпитализация психически больных в законодательстве России и Соединенных Штатов

О. В. Лапшин (Санкт-Петербург)¹

ВВЕДЕНИЕ

Права душевнобольных важны в каждом обществе. Эти люди особенно уязвимы к любым ограничениям их свободы. Будучи своеобразным “меньшинством” среди психически здоровых людей, душевнобольные являются жертвами социальной стигматизации и отвержения. Между тем, психически больные составляют около четверти населения США, очевидно, что не меньше их и в России. Диагноз психического расстройства может быть скрытой или явной причиной для увольнения человека с работы, лишения его собственности и свободы. И мы на опыте собственной истории можем видеть, что права душевнобольных не менее важны и для психически здоровых людей. Злоупотребление психиатрией не отошло в прошлое, и сейчас за этим стоят уже экономические мотивы (Радио Свобода, 2003).

Согласно определению Совета Европы, недобровольная психиатрическая госпитализация означает прием и удержание для лечения человека, страдающего от психического расстройства в больнице или другом медицинском или соответствующем учреждении, произведенное не по его просьбе (Council of Europe, 1983). Мы сосредоточили свое внимание на определении того, что является психическим заболеванием согласно законам в двух странах; какие причины могут явиться непосредственным поводом недобровольной госпитализации и как выглядит ее процедура. Мы не касаемся вопросов недобровольной госпитализации в психиатрический стационар как части уголовного судебного процесса или проведенной в отношении осужденных, военнослужащих, несовершеннолетних или лиц, находящихся под опекой. Также мы обходим чрезвычайно спорный вопрос о недобровольной госпитализации лиц, в прошлом совершивших повторные сексуальные преступления.

НЕКОТОРЫЕ ОБЩИЕ РАЗЛИЧИЯ МЕЖДУ ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВАМИ РФ И США

Есть некоторые важные различия между российской юридической системой и юридической системой Соединенных Штатов, которые необходимо знать для обсуждения законодательства в области психиатрии.

Система права. Наиболее общая проблема — различия между Англо-Саксонским правом, действующим в Великобритании и ее бывших колониях, и Римским правом, которое положено, в частности, в основу российского законодательства. В Англо-Саксонском праве законодательная практика формируется главным образом на основе конкретных судебных решений. Такие судебные случаи как О’Коннор против Дональдсона (O’Connor v. Donaldson, 1975) или Джексон против штата Индиана (Jackson v. Indiana, 1972) являются основанием американского законодательства в психиатрии. Законы в США, разумеется, тоже существуют, но они скорее формируются и действуют согласно судебным прецедентам. В Римском праве, напротив, главными являются законы, судебные прецеденты не играют столь большой роли.

Роль Конституции. В США все законы и судебные решения должны обязательно соответствовать Конституции. Законодательство о недобровольной госпитализации главным образом базируется на Поправке XIV, Секция 1, которая, в частности, говорит, что “Ни один штат не должен издавать или применять законы, которые ограничивают привилегии и льготы граждан Соединенных Штатов; равно как ни один штат не может лишить какое-либо лицо жизни, свободы или собственности без должного процесса либо отказать какому-либо лицу в пределах своей юрисдикции в равной защите закона”. Понятия “должного процесса” и “равной защиты закона” являются ключевыми для законодательства США в сфере психиатрии. “Должный процесс” подразумевает соответствие процедуры, в результате которой ограничиваются права гражданина, и степени ограничения этих прав. Свобода — одно из самых важных прав каждого человека. Таким образом, процедура лишения свободы должна исключить возможность ошибки и должна быть приравнена к уголовному процессу по степени защиты прав гражданина. Вновь и вновь судебные процессы в США о защите прав душевнобольных возвращаются к этой поправке. Таким образом, Конституция США, определяя решения Верховного Суда,

¹ Санкт-Петербургский государственный институт, кафедра медицинской психологии.

формирует законодательную практику отдельных штатов. В России Конституция не играет такой определяющей роли, так как специальные законы, в данном случае Закон “О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании” (далее в тексте — Закон “О психиатрической помощи”), главенствуют при решении конкретных вопросов.

Федерализм. Между субъектами Российской Федерации нет существенных различий в области законодательства по защите прав психически больных, так как юридическая практика в подавляющем числе случаев определяется федеральными законами. Местные администрации не могут утвердить законы, противоречащие федеральному законодательству. В Соединенных Штатах каждый штат имеет собственное законодательство и собственный набор судебных случаев в области охраны прав душевнобольных. Законы штатов могут противоречить Конституции и решениям Верховного Суда США, и в этом случае Федеральное правительство тем или иным образом настаивает на изменении законодательной практики или судебных решений отдельных штатов. В ряде случаев при этом образуются недействующие законы, которые не отменены штатом, но устарели и не соблюдаются.

Законы штатов могут значительно отличаться. Например, закон штата Оклахома предусматривает недобровольную госпитализацию, если существует потребность в стационарном лечении, определяющаяся “предыдущим диагнозом и историей душевной болезни или потребностью предотвратить прогрессирующие истощение”. Аризона разрешает недобровольную госпитализацию для тех людей, кто “постоянно и остро психически инвалидизирован”, Гавайи — для “очевидно душевнобольных”. Штаты Делавэр, Южная Каролина и Нью-Йорк разрешают недобровольную госпитализацию по праву “*parens patriae*” (для блага пациента) тех, кто нуждается в стационарном лечении и уходе, но не признают этой потребности. Двадцать три юрисдикции требуют, чтобы недобровольная госпитализация проводилась в наименее ограничительных условиях (Rapp J, 1994). Однако федеральное законодательство организует это разнообразие, и на практике различие в подходах к недобровольной госпитализации оказывается не столь выраженным. Далее обсуждение различных аспектов законодательства идет главным образом на примере Генеральных Законов Штата Массачусетс (Massachusetts General Laws, Chapter 123) и Кодекса Штата Айова (Iowa Code, § 229).

ИСТОРИЯ ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВА О НЕДОБРОВОЛЬНОЙ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ

В России до 1993 года не имелось какого-либо специального законодательства в области душевного здоровья. Были разрозненные инструкции и статьи за-

конов в уголовном и административном праве, приказах Министерства здравоохранения СССР. Как мы помним, в Советском Союзе любой психиатрический пациент мог быть госпитализирован по просьбе его родственников, начальника на работе, или указаниям районного психиатра. При этом согласие или несогласие пациента ничего не значило. Продолжительность лечения в психиатрической больнице зависела также исключительно от психиатра. Все это сделало возможным злоупотребление психиатрией для подавления несогласных с политическим режимом — и что может быть более важно для нас в данном случае создало порочную практику игнорирования прав душевнобольных.

Закон Российской Федерации “О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании”, который был принят 2 июля 1992 года, явился реакцией на нарушения в области психиатрии в Советском Союзе. Как мы увидим позже, в чем-то он оказался даже более либеральным, чем соответствующие указания Совета Европы и ООН.

В Соединенных Штатах до 1960-х годов во многих штатах решения о недобровольной госпитализации людей с психической болезнью делались исключительно врачом или другим профессионалом в области психиатрии (Hjelmaas 2001). Переломное решение относительно недобровольной госпитализации Верховного Суда США было вынесено в деле О’Коннор против Доналдсона (O’Connor v. Donaldson, 1975).

В 1957 году Кеннет Доналдсон, страдавший от параноидной шизофрении, был по настоянию отца в недобровольном порядке принят на лечение в Психиатрическую больницу штата Флорида. Там, несмотря на неоднократные просьбы об освобождении, Доналдсон содержался в течение 15 лет. Основанием для госпитализации был закон штата Флорида, который позволял недобровольную госпитализацию психически больных для ухода, поддержки и лечения. Закон этот был отменен еще во время пребывания Доналдсона в клинике. Определенного лечения Доналдсону назначено не было, позже на суде врачи больницы назвали это “терапией средой”. Доналдсон не представлял опасности для себя и других ни в момент госпитализации, ни во время нее. Доктор О’Коннор, суперинтендант больницы и ответчик по делу, отказывался освободить Доналдсона, так как верил, что тот не способен жить самостоятельно. На суде никаких существенных доказательств этого он привести не смог. Он не позволил забрать пациента ни друзьям Доналдсона, которые хотели взять его под свою опеку, ни реабилитационной клинике. Спустя несколько месяцев после выхода О’Коннора на пенсию Доналдсон добился освобождения и возбудил судебное дело. Доктор О’Коннор дело проиграл и был присужден к возмещению ущерба в размере 38 тысяч долларов.

Юридический стандарт, установленный Верховным Судом США в деле Доналдсона был: “обнаружение душевной болезни само по себе не может оправдать заключение штатом лица против его воли и содержание его неопределенно долго в простом заключении под опекой... Кратко, штат не может кон-

ституционно заключить без какого-либо другого основания неопасного индивидуума, который способен благополучно жить на свободе один или с помощью согласных на это и ответственных членов семьи или друзей" (O'Connor v. Donaldson, 1975). Непосредственно после решения по делу Доналдсона только семь юрисдикций имели специальные стандарты для недобровольной госпитализации. В настоящее время каждый штат имеет закон, регулирующий проведение недобровольной госпитализации, и наиболее частое основание для этого — опасность для себя или окружающих.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ПСИХИЧЕСКОГО РАССТРОЙСТВА

Недобровольная госпитализация может быть применена только в отношении лиц, страдающих тяжелой психической болезнью. Законы Штата Массачусетс включают специальное определение психической болезни для целей госпитализации в психиатрический стационар: "Душевная болезнь означает существенное расстройство мышления, настроения, восприятия, ориентации, или памяти, которое чрезвычайно нарушает суждение, поведение, способность распознавать действительность или способность отвечать на обычные требования жизни. Симптомы, вызванные исключительно алкоголем или потреблением наркотика, органическим повреждением мозга или умственной отсталостью не составляют тяжелой душевной болезни" (Massachusetts General Laws, 123). Мы видим, что это юридическое определение исключает большинство традиционных психических расстройств. Оно включает в себя главным образом эндогенные психозы и тяжелые аффективные нарушения.

В штате Айова душевная болезнь "означает любой род психической болезни или психического расстройства, за исключением того, что относится к умственной отсталости... или к безумию, сниженной ответственности, или умственной некомпетентности, как эти термины определены и используются в уголовном кодексе Штата Айова или в правилах уголовной процедуры" (Iowa Code, § 229). Данное определение шире, и за пределом психических болезней оказываются не только умственная отсталость, но также случаи психических нарушений, которые рассматриваются в ходе уголовного процесса. Для уголовного процесса имеется свое определение, основанное на неспособности лица различить правильное и неправильное в отношении к конкретному совершенному акту (Iowa Criminal Code, 701.4 Insanity). Таким образом, юридическое определение психической болезни составляет более прочный фундамент для совершения правовых действий в отношении душевнобольных, чем постоянно изменяющиеся нормы диагностики.

В законодательстве РФ нет специального юридического определения психического расстройства. Соглас-

но статье 10 (1) Закона "О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании", "Диагноз психического расстройства ставится в соответствии с общепризнанными международными стандартами и не может основываться только на несогласии гражданина с принятыми в обществе моральными, культурными, политическими или религиозными ценностями либо на иных причинах, непосредственно не связанных с состоянием его психического здоровья". Данное положение подразумевает, что медицинское и юридическое определения психического расстройства совпадают, и только врач несет полную ответственность за определение пациента как душевнобольного. Это создает ситуацию правовой неопределенности, когда врач и юрист должны сами решать, действительно ли пациент страдает от тяжелого психического расстройства, или же для его госпитализации следует руководствоваться какими-либо другими нормами.

Предположим, пациент в состоянии нетяжелой реактивной депрессии, с некоторыми истероидными чертами совершает неопасную попытку самоубийства путем нанесения ряда поверхностных порезов на запястье. От госпитализации в психиатрическую больницу отказывается. Обычная практика врача приемного покоя — госпитализировать пациента в недобровольном порядке. Прав ли врач с точки зрения буквы закона? Меняется ли что-либо, если пациент не находился в депрессии, а сделал это в состоянии алкогольного опьянения? Если это лишь реакция личности с выраженной истероидной акцентуацией? Если пациент полностью признает, что поступил неправильно, и обещает воздержаться от других действий такого порядка?

Сложна ситуация в Российском законодательстве с лечением в недобровольном порядке пациентов с зависимостью от алкоголя или наркотиков. Формально, будучи в категории душевнобольных, эти больные могут быть недобровольно госпитализированы в психиатрическую больницу только при возникновении психоза, серьезной депрессии или после суицидальной попытки. Причина этого, по мнению Евгения Цымбала (2000), — отсутствие четкого определения психической болезни в Законе РФ "О психиатрической помощи". Попытки создать какой-либо другой закон для этой группы пациентов существенным успехом не увенчались.

Закон "О наркотических средствах и психотропных веществах", регулирующий недобровольное лечение больных наркоманией, в статье 54(3) предусматривает, что "больным наркоманией, находящимся под медицинским наблюдением и продолжающим потреблять наркотические средства или психотропные вещества без назначения врача либо уклоняющимся от лечения, а также лицам, осужденным за совершение преступлений и нуждающимся в лечении от наркомании, по решению суда назначаются принудительные меры медицинского характера, предусмотренные законодательством Российской Федерации". Данная норма, конечно же, выполняется не часто, в противном случае это бы парализовало работу

наркологической службы. Фактически, к каждому наркоману, пытающемуся избавиться от зависимости и обратившемуся к наркологу, могут быть применены “принудительные меры медицинского характера”, так как редко удается раз и навсегда прекратить употребление наркотиков. Иногда задача врача и состоит в том, чтобы свести употребление наркотиков на безопасный уровень. Об эффективности принудительных мер для лечения наркоманий можно спорить, но складывается впечатление, что она, к сожалению, чаще невысока. В то же время еще в 1990 году в заключении Комитета Конституционного надзора СССР было сказано, что “уклонение от лечения алкоголизма или наркомании, если оно не сопряжено с систематическим нарушением общественного порядка или ущемлением прав других лиц, не должно рассматриваться в качестве правонарушения, влекущего юридическую ответственность. По этой же причине употребление наркотиков само по себе не должно рассматриваться в качестве административного правонарушения или преступления”. Принудительные меры в отношении больных алкоголизмом и наркоманией могут по тяжести быть приравнены к уголовному наказанию, и должны проводиться с соблюдением прав человека. Включение больных алкоголизмом и наркоманией в категорию лиц, подпадающих под действие закона о “О психиатрической помощи...” могло бы улучшить ситуацию с недобровольным лечением этих пациентов.

ОСНОВАНИЯ ДЛЯ НЕДОБРОВОЛЬНОЙ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ

Основания для недобровольной госпитализации — один из тех вопросов, которые вызывают горячие споры психиатров, правозащитников и юристов в России и США. Поэтому, для того чтобы иметь мнение третьей стороны, мы приведем в этой части рекомендации ООН и Совета Европы по защите прав пси-

хически больных (табл. 1). Мы видим, что эти уважаемые организации выделяют одну основную причину для недобровольной госпитализации (опасность для себя и окружающих) и две дополнительных. Дополнительные причины — это вероятное ухудшение состояния пациента при отсутствии лечения, или же сама по себе необходимость лечения пациента, которое может быть проведено только в стационаре.

Согласно законодательству Содружества наций Штата Массачусетс, психически больной человек может быть госпитализирован в недобровольном порядке, если по причине его болезни возникла “вероятность серьезного вреда” (Massachusetts General Laws, Chapter 123). Это понимается как

“(1) существенный риск физического вреда самому человеку, проявляющийся свидетельствами угрозы или попытки самоубийства или серьезного телесного повреждения;

(2) существенный риск физического вреда другим людям, проявляющийся свидетельствами гомицидного или другого поведения, несущего угрозу насилия, или свидетельством, что другие люди разумно опасаются поведения, несущего угрозу насилия, или нанесения им серьезного физического вреда; или

(3) очень существенный риск физического ухудшения или травмы самому человеку, проявляющийся свидетельствами того, что суждение такого человека столь повреждено, что он неспособен защитить себя в обществе, и что разумные предосторожности для его защиты в обществе не доступны” (Massachusetts General Laws, Chapter 123).

Объясняя идею опасности для себя, Верховный Суд сказал в сноске, что “даже если нет никакого обзримого риска самоубийства или причинения себе травмы, человек буквально “опасен для себя”, если он по физическим или другим причинам беспомощен, чтобы избежать опасностей свободы посредством своих усилий, или при помощи желающих этого членов семейства или друзей” (O’Connor v. Donaldson,

Таблица 1. Основания для недобровольной госпитализации в Рекомендациях ООН и Совета Европы.

Принципы для защиты лиц с психическими болезнями и улучшения психиатрического обслуживания. Принцип 16 (United Nations, 1991)	Рекомендация No. R (83) 2 Кабинета Министров государствам-участникам о правовой защите лиц, страдающих от психических расстройств, госпитализированных в недобровольном порядке, статья 3 (Council of Europe, 1983).
<p>Квалифицированный профессионал в области душевного здоровья, уполномоченный законом для этой цели, определяет, в соответствии с Принципом 4, что человек имеет психическую болезнь и считает:</p> <p>(а) что, из-за той психической болезни, имеется серьезная вероятность непосредственного или неизбежного вреда этому лицу или другим людям; или</p> <p>(б) что, отказ госпитализировать или удерживать человека, психическая болезнь которого тяжела и чье суждение нарушено, вероятно приведет к серьезному ухудшению его или ее состояния или лишит его адекватного лечения, которое может быть предоставлено только при госпитализации в учреждение психического здоровья в соответствии с принципом наименее ограничивающей альтернативы.</p>	<p>В отсутствии любых других возможностей предоставить соответствующее лечение:</p> <p>(а) пациент может быть помещен в учреждение только тогда, когда по причине его душевного расстройства, он представляет серьезную опасность себе или другим людям;</p> <p>(б) государства могут, однако, предусматривать что пациент может быть также госпитализирован, когда из-за серьезности природы его душевного расстройства отсутствие госпитализации привело бы к ухудшению его расстройства, или помешало бы предоставлению ему соответствующего лечения.</p>

1975). В перечень этих опасностей входит неспособность обеспечить себя кровом, пищей и питьем, избежать возможных криминальных инцидентов.

Чтобы пояснить данное положение, приведем основания другого судебного случая — Лейк против Камерон, 1966 год (Lake v. Cameron, 1966). Миссис Лейк, 60 лет, страдавшая сосудистой деменцией, была задержана полицией, когда она бесцельно бродила по небезопасным районам в Вашингтоне, округ Колумбия. Напомним, что это были годы резкого взлета “героиновой” преступности в Вашингтоне, иногда бессмысленной и жестокой, и прогулка ночью по городу вдалеке от центра была действительно рискованным мероприятием. Это не было единичным случаем; миссис Лейк была одинока, обнаружившийся после долгого отсутствия муж не был признан лицом, которое было бы способно организовать уход за пациенткой. После судебного подтверждения правомочности задержания она была направлена в больницу. Не вдаваясь в подробности, именно возможность преступного акта против больной была причиной ее задержания. Конечно же, в Вашингтоне тысячи людей подвергались угрозе насилия вследствие разгула преступности, в том числе дети, женщины и старики. Но только душевнобольной человек, как лицо не способное защитить себя и разумно оценить риск, может быть подвергнут по этой причине недобровольной госпитализации.

Согласно кодексу штата Айова, термин “тяжело психически больной” означает человека, который из-за душевной болезни лишен достаточной способности к суждению, чтобы сделать ответственное решение в отношении своей госпитализации и лечения. Это также тот, кто из-за болезни может нанести травму себе или окружающим, или тот, может нанести серьезную эмоциональную травму членам своей семьи или окружающим, или тот, кто не способен удовлетворить свои базовые физические потребности с вероятностью причинения себе физической травмы или истощения, или смерти. (Iowa Code § 229.1, 15). То есть, здесь имеется все тот же набор признаков, необходимых для недобровольной госпитализации, за одним интересным исключением — вероятностью причинения эмоциональной травмы окружающим. Как поясняет J. Parry: “Стандарт Айовы является напоминанием об обязательстве учреждений Парижа в 17 столетии, где, если члены семьи чувствовали, что душевнобольной представляет трудность для них, то этот член семьи мог быть госпитализирован” (Parry 1994).

Причины для недобровольной госпитализации в России обсуждаются в Статье 29 (Основания для госпитализации в психиатрический стационар в недобровольном порядке) Закона “О психиатрической помощи...”. Напомним, что для проведения недобровольной госпитализации требуется наличие следующих признаков:

- обследование или лечение пациента возможны только в стационарных условиях;
- психическое расстройство, от которого страдает больной, является тяжелым;

— именно это психическое расстройство обуславливает одно или больше из непосредственных оснований для госпитализации.

Непосредственными основаниями для госпитализации являются:

- а) непосредственная опасность пациента для себя или окружающих, или
- б) “его беспомощность, то есть неспособность самостоятельно удовлетворять основные жизненные потребности, или
- в) существенный вред его здоровью вследствие ухудшения психического состояния, если лицо будет оставлено без психиатрической помощи”.

Иногда упускаются первые три вводных обстоятельства. Без них непосредственные основания не действуют. Если больной МДП в состоянии ремиссии опасен для окружающих, он находится в поле действия Уголовного права. Если умеренно дементная больная с переломом шейки бедра не способна обслуживать себя (но была способна делать это до перелома) — задача социальной службы ей помочь. Если психически здоровая совершеннолетняя девушка-подросток от разрыва романтических отношений проглатывает все лекарства в домашней аптечке — даже по настоянию родителей госпитализировать ее не представляется возможным.

Мы видим, что законы РФ и штата Массачусетс в целом совпадают относительно оснований для госпитализации. По разному понимается опасность для себя — в Российском законе акцентируется опасность здоровью из-за психической болезни (пункты “б” и “в” статьи 29), в законе Массачусетса — опасность со стороны других и неспособность больного ее избежать. Оба закона не включают в себя возможность госпитализации в ситуации, когда единственным поводом является невозможность получить должное лечение вне стен психиатрического учреждения.

Как мы видим из таблицы 1, ООН дает более широкие права по недобровольной госпитализации, позволяя госпитализацию и в том случае, когда единственным основанием является возможность получения адекватного лечения только в стационарных условиях. Таким образом, этот пункт российского Закона коренным образом отличается от формулировки ООН в сторону усложнения процедуры недобровольной госпитализации. С другой стороны, формулировка “существенный вред здоровью” действительно несколько расплывчата. Многие психически больные живут под постоянной угрозой перехода заболевания в фазу обострения (что может быть расценено как серьезный вред здоровью), очень многие не соблюдают положенный им режим приема лекарств. Это не значит, что в любой момент такой больной может быть госпитализирован против его воли. Можно согласиться с профессором Александром Коцюбинским (1999), что понятие “существенный вред здоровью” должно быть конкретизировано.

ПРОЦЕДУРА НЕДОБРОВОЛЬНОЙ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ

Процедура недобровольной госпитализации имеет те же самые основные принципы и довольно схожий порядок в Соединенных Штатах и России. Основные принципы недобровольной госпитализации в России и в Соединенных Штатах — это требование судебного подтверждения правомерности недобровольной госпитализации; сотрудничество медицинского персонала и суда; и возможность немедленной недобровольной госпитализации только для больных, опасных для себя или других. Порядок недобровольной госпитализации в Соединенных Штатах проиллюстрирован ниже на примере Кодекса штата Айова.

Инициирование недобровольной госпитализации. По Кодексу Штата Айова, заявление по поводу недобровольной госпитализации больного может быть подано любым заинтересованным лицом, которое таким образом становится заявителем. Заявление должно сопровождаться письменным заключением врача или другой информацией, подтверждающей факт душевной болезни. Если суд решает, что заявление по поводу недобровольной госпитализации адекватно, суд устанавливает дату слушания. Извещаются больной (ответчик), поверенный графства, поверенный и защитник ответчика. Суд постановляет, чтобы ответчик был осмотрен врачом, который должен представить свое заключение суду.

При слушании дела о госпитализации, поверенный графства представляет свидетельства в поддержку применения госпитализации. В течение слушания заявитель и ответчик имеют возможность представлять и подвергать перекрестному допросу свидетелей, а суд может получить показания любого другого заинтересованного лица. Если после завершения слушания суд делает заключение, что ответчик страдает от серьезного душевного расстройства, суд определяет, что ответчик должен пройти обследование для полной психиатрической оценки и лечение в стационарных или амбулаторных условиях. Напомним, что в Айове в понятие “тяжелое душевное расстройство” уже входит наличие одной или более причин для недобровольной госпитализации.

Если при рассмотрении заявления судья находит причину полагать, что ответчик серьезно душевно болен и на свободе представляет опасность для себя или окружающих, больной подлежит немедленному задержанию. Для немедленного задержания, закон обязывает шерифа или представителя шерифа задержать лицо, против которого было подано заявление. Суд обязан рассмотреть наименее ограничительные альтернативы для задержания больного, включая опеку родственника, друга или другого подходящего лица, желающего принять ответственность за больного. Чрезвычайная госпитализация без одобрения суда

также возможна, когда нет немедленного доступа к окружному суду. В этом случае суд проводится после задержания (Iowa Code, § 229).

В России начальной стадией недобровольной госпитализации является проводимое в добровольном или недобровольном порядке психиатрическое освидетельствование (статьи 25 – 36 Закона РФ “О психиатрической помощи...”). Решение относительно недобровольного психиатрического освидетельствования изначально принимается психиатром на основе письменного заявления и подтверждается судом. Заявление может быть представлено родственником, врачом, должностными лицами, или другими гражданами; и должно содержать основания для проведения освидетельствования, аналогичные основаниям для самой недобровольной госпитализации, и указание на то, что добровольно больной лечиться не желает. Судебное решение должно быть вынесено в течение трех дней после получения всех материалов. При опасности больного для себя или других заявление может быть сделано устно. Тогда решение относительно психиатрического освидетельствования должно быть сделано психиатром немедленно. Создается впечатление, что данный порядок в России на деле рутинно игнорируется. Фактически, освидетельствование психически больного человека часто проводится без суда по звонку родственников или других лиц бригадой скорой психиатрической помощи, и непосредственно предшествует госпитализации.

Как ни странно, вполне легальным основанием для этого является приказ “О скорой психиатрической помощи” (1998) министерства здравоохранения Российской Федерации. В данный приказ внесено положение, согласно которому “вызов психиатрической бригады должен быть принят, если пациент находится в неблагоприятных бытовых условиях” и “тяжелое психическое расстройство” у него соответствует любому из трех критериев”. Как замечают сами авторы приказа, это противоречит закону “О психиатрической помощи...”, в котором без санкции судьи разрешен осмотр только опасных больных. В приказе далее говорится, что “когда условия неблагоприятны (отсутствие наблюдения, ухода за больным, пребывание его вне семьи, на улице и т.д.), беспомощный пациент (критерий “б”) и пациент с плохим клиническим прогнозом в случае оставления его без психиатрической помощи (критерий “в”) становятся опасными для себя. В этих случаях критерии “б” и “в” статьи 23 совпадают с критерием “а”, и пациент должен быть недобровольно освидетельствован психиатром скорой помощи”. Намерения авторов приказа понятны, однако во многом это воссоздает прежнюю ситуацию до принятия закона. Одиноких больных много, и они во многом являются группой наиболее подверженной нарушению их прав.

Приведем короткий пример. В бывшем общежитии ткацкой фабрики в двух комнатах одной секции (своеобраз-

ной коммунальной квартиры) живут одинокая больная шизофренией и мужчина средних лет с женой и маленьким ребенком. Больная с постоянными застарелыми галлюцинациями и бредом, которые уже мало влияют на ее поведение. При возникновении малейшего конфликта сосед звонит в скорую помощь. Соседа можно понять — жить в коммуналке вообще не легко, а рядом с больной тем более. Но больная не агрессивна и не столь конфликтна. Она обычно старается от греха подальше проводить все время в своей комнате. “Скорая” откликается, и больную увозят в клинику. В приемном покое больную сразу не освобождают, далее она следует в отделение, а там ее обычно уговаривают госпитализироваться добровольно, и через короткое время выписывают. Это повторяется вновь и вновь.

Госпитализация. В России человек, госпитализированный в психиатрическую больницу в недобровольном порядке, подлежит обязательному освидетельствованию в течение 48 часов комиссией психиатров, которая решает, оправдана ли госпитализация. После этого в течение 24 часов подается заявление в суд. Заявление должно содержать юридические основания для недобровольной психиатрической госпитализации. Принимая заявление, судья в то же самое время разрешает заключение человека в психиатрической больнице в течение периода, необходимого для рассмотрения заявления судом. В течение пяти дней после получения заявления проводится слушание в суде. Больной имеет право посетить слушания своего дела, на котором также присутствуют прокурор, представитель психиатрического учреждения, и представитель больного. Решение суда может быть обжаловано в течение 10 дней (статьи 33 – 35 закона РФ “О психиатрической помощи...”).

В штате Айова в течение пятнадцати дней после госпитализации, главное должностное лицо медицинского учреждения должно послать рапорт в суд. Как сказано было раньше, госпитализация должна быть одобрена судом до ее начала, то есть данное заявление в суд уже второе. Рапорт должен содержать одну из следующих четырех альтернатив:

- госпитализация более не нужна;
- требуется продолжение госпитализации;
- госпитализация и постоянный надзор за пациентом более не нужны, но больной нуждается в продолжении лечения в других условиях;
- больной нуждается в постоянном уходе и надзоре, однако дальнейшее лечение и продолжение госпитализации вряд ли разрешит проблемы, связанные с его здоровьем.

В последних двух случаях представитель больницы должен предложить учреждение, где больному может быть предоставлено дальнейшее лечение и уход.

После получения рапорта, суд выносит решение относительно дальнейшего лечения с проведением или без проведения слушаний. В последнем случае ответчик или доверенное лицо ответчика в течении 7 дней после вынесения постановления суда может

потребовать слушания дела о продлении госпитализации. В таком случае проводятся судебные слушания с привлечением всех заинтересованных лиц и свидетелей. Данная процедура возобновляется каждые 15 дней, пока пациент продолжает быть недобровольно госпитализированным (Iowa Code, § 229).

Продолжение или прекращение недобровольной госпитализации. Согласно кодексу штата Айова, когда главное должностное лицо медицинского учреждения решает, что пациент более не требует лечения и ухода в данном учреждении, оно должно в предварительном порядке освободить ответчика и представить сообщение об этом окружному суду. После получения сообщения, суд освобождает ответчика и прекращает все дальнейшие слушания (Iowa Code, § 229).

Согласно Закону РФ “О психиатрической помощи”, статья 36, “пребывание лица в психиатрическом стационаре в недобровольном порядке продолжается только в течение времени сохранения оснований, по которым была проведена госпитализация”. Вопрос о выписке решает комиссия врачей психиатров, которая проводит повторные освидетельствования, по крайней мере, один раз в месяц в течение первых шести месяцев, затем раз в шесть месяцев и далее один раз в год. Вопрос о продолжении недобровольного лечения решается судом, сначала 1 раз в шесть месяцев, затем - один раз в год.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Недобровольная госпитализация является той критической точкой, где легко могут быть нарушены права душевнобольных. Здесь особенно трудно соблюсти тонкий баланс между правом больного быть свободным и обязательствами государства по охране жизни и здоровья граждан. Цель данной статьи состоит в том, чтобы сравнить основные моменты законодательного регулирования недобровольной госпитализации в Соединенных Штатах и России. Однако в фокусе нашего анализа были, прежде всего, проблемы психиатрического законодательства России. Мы использовали опыт США для оценки российского Закона “О психиатрической помощи...”

США в нашей стране являются своеобразным пугалом, когда идет речь о законодательстве в области психиатрии. Действительно, бездомных душевнобольных людей на улицах Бостона, Нью-Йорка или Сан-Франциско очень много. Однако причины этого не так просты. Несовершенство системы здравоохранения, социального обеспечения и, что особенно важно, резкое сокращение числа психиатрических коек сыграли в этом куда большую роль, чем либерализация законодательства в области психиатрии.

При рассмотрении процедуры недобровольной госпитализации бросается в глаза схожесть процедуры в двух странах, несмотря на различную законодательную традицию и социальные условия. Процеду-

ры госпитализации в Айове и Массачусетсе в чем-то более либеральны по отношению к больному. Предварительное разрешение суда требуется в большинстве случаев недобровольной госпитализации, даже в случае госпитализации опасных больных. Выписка больного идет до постановления суда, который должен только утвердить (или не утвердить) решение администрации больницы. Однако мы видим, что право пациента пребывать в болезненном состоянии отнюдь не ставится во главу угла, и либеральность здесь не исключает вполне реального права штата лечить в недобровольном порядке даже более широкие группы пациентов, чем в России.

Вопрос о соотношении закона и практики в целом находится за пределами данной статьи, однако нельзя не заметить, что самый лучший закон не может гарантировать безупречное соблюдение прав больных. А правом больных является не только сохранение их свободы, но и своевременное лечение, во всяком случае, в России (в США государство не обязано лечить своих граждан). Суд может быть формальностью, заранее настроенным, чтобы лечить или, напротив, освободить пациента. Независимо от решения суда, в штате может не оказаться коек для лечения больного, или, как это нередко бывает в России, больнице необходимо заполнить койки, чтобы сохранить финансирование. Однако именно закон ставит определенные рамки соблюдения прав душевнобольных.

Рассматривая различные стороны российского Закона "О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании", мы можем сделать вывод, что Закон достаточно современен и в целом соответствует международным нормам. В нем есть формулировки, которые вызывают споры, и, наверное, нуждаются в корректировке. Однако улучшение Закона должно идти по пути уточнения его норм и правил, а не по пути выхолащивания, когда, к примеру, станет необязательной судебная процедура при краткосрочной госпитализации (Радио Свобода, 2003).

ЛИТЕРАТУРА

1. Council of Europe, Committee of Ministers. Recommendation No. R (83) 2 of the Committee of Ministers to member states concerning the legal protection of persons suffering from mental disorder placed as involuntary patients. Adopted by the Committee of Ministers on 22 February 1983 at the 356th meeting of the Ministers' Deputies.
2. *Hjelmaas R.* Legislative Guide to Involuntary Hospitalization of Persons with Mental Illness. Legislative Service Bureau. December 2001. <http://www.legis.state.ia.us/Central/LSB/Guides/involuntary.htm>. Прочитано на сайте 07.11.03
3. Iowa Code § 229
4. Iowa Criminal Code, 701
5. *Jackson v. Indiana*, 406 U. S. 715. 1972
6. Massachusetts General Laws, Part I. Administration of the Government. Title XVII. Public Welfare. Chapter 123. Mental Health.
7. *Lake v. Cameron* 364 F. 2d 657 (DC Cir 1966)
8. *O'Connor v. Donaldson*, 422 U. S. 56. (1975)
9. Parry, J. Involuntary Civil Commitment in the 90s, *Mental & Physical Disability L. Rep.* 18 – 320 (1994).
10. Principles for the Protection of Persons with Mental Illness and the Improvement of Mental Health Care. United Nations, 1991
11. Stavis PF. Civil Commitment: Past, Present, and Future. An Address by at the National Conference of the National Alliance for the Mentally Ill, *Quality of Care Newsletter*, Issue 64, Aug-Sept 1995.
12. Закон РФ от 2 июля 1992 г. № 3185-1 "О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании" (с изменениями от 21 июля 1998 г.).
13. *Коцюбинский А.* Психиатры должны иметь возможность более эффективно защищать права человека "Петербургский Час Пик", № 4 (107), 1999
14. Министерство Здравоохранения Российской Федерации. Приказ от 8 апреля 1998 г. № 108. "О Скорой Психиатрической Помощи".
15. Радио Свобода. Интервью с Романом Черным. <http://www.svoboda.org/programs/HR/2000/HR.052400.asp>. Прочитано на сайте 06.11.03
16. Радио Свобода. Интервью с Юрием Савенко и Александром Подрабинеком. 17-09-03. <http://www.svoboda.org/programs/hr/2003/hr.091703.asp>. Прочитано на сайте 26.10.03
17. *Усманов У. А.* Комментарий к уголовному кодексу РФ (комментарии следователя). Приор, 496 стр., 1999.
18. Федеральный закон от 8 января 1998 г. № 3-ФЗ "О наркотических средствах и психотропных веществах".
19. *Цымбал Евгений.* Как лечить наркомана. Нерешенные проблемы законодательного регулирования оказания наркологической помощи. *Медицинская Газета.* № 30 2000.

12-ый конгресс Ассоциации европейских психиатров

ОПЫТ И ДОКАЗАТЕЛЬСТВА

14 – 18 апреля 2004, Женева, Швейцария

Fax: + 41 22 732 2850

E-mail: aep12@kenes.com

Экспертная оценка отставания в психическом развитии, не связанного с психическим расстройством (методические рекомендации)

часть I

Е. И. Цымбал

Несовершеннолетние, имеющие один и тот же паспортный возраст, могут существенно отличаться друг от друга по уровню психического развития. Это связано как с биологическими, прежде всего генетическими, так и с социальными факторами. Жестко закрепленный в УК РСФСР 1960 г. возраст наступления уголовной ответственности игнорировал это обстоятельство, не учитывая, что многие 14-летние подростки вследствие отставания в психическом развитии не могут быть признаны виновными в совершении преступлений.

Действующий Уголовный кодекс принципиально изменил положение и устранил отмеченное противоречие: отставание несовершеннолетнего в психическом развитии стало обстоятельством, исключающим уголовную ответственность (ч. 3 ст. 20 УК РФ). Наличие у психически здорового подростка, достигшего установленного законом возраста уголовной ответственности, способности в полной мере осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий (бездействия) либо руководить ими подлежит доказыванию. Это следует из п. 2 ч. 1 ст. 421 УПК РФ, в которой уровень психического развития обвиняемого (подсудимого) отнесен к обстоятельствам, подлежащим установлению по делам о преступлениях несовершеннолетних.

Прекращение уголовного преследования несовершеннолетних, отстающих в психическом развитии, является исключительной компетенцией правоприменителя. Однако для установления факта такого отставания и оценки его влияния на поведение несовершеннолетнего в криминальной ситуации необходимы специальные познания в психиатрии и психологии, которыми обладают только эксперты. Отмеченные новации в уголовном законодательстве потребовали от судебно-психиатрической службы разработки и внедрения методики проведения экспертизы несовершеннолетних обвиняемых (подсудимых), отстающих в психическом развитии. При наличии отдельных публикаций по методологии и методике производства подобных экспертиз не решенными остаются ряд принципиально важных практических вопросов, не стандартизирована методика производства этих экспертиз.

Сложившуюся ситуацию следует признать недопустимой, поскольку ежегодно около 1000 подростков, т.е. 40% несовершеннолетних, освобожденных от уголовной ответственности в связи с аномалиями

психики, признаются неподлежащими уголовному преследованию в связи с отставанием в психическом развитии. Отсутствие единой экспертной методологии и методики является одной из причин существования резких региональных различий в практике применения ч. 3 ст. 20 УК РФ. В ряде регионов за все время действия УК РФ эта норма вообще не применялась или применялась в единичных случаях, например, в Ингушской республике или Магаданской области. Полагать, что в этих территориях существуют особо благоприятные условия для психического развития несовершеннолетних правонарушителей, нет никаких оснований. Нередки случаи, когда в одинаковых экспертных ситуациях одни и те же экспертные комиссии дают разные заключения. Это подтверждается данными статистики МВД (Форма 18). Так, на учет в органах внутренних дел в 2001 г. и 2002 г. было поставлено в Смоленской области, соответственно, 186 и 14, в Краснодарском крае — 0 и 88, в Ставропольском крае — 44 и 4 несовершеннолетних, освобожденных от уголовной ответственности вследствие отставания в психическом развитии. Изучение уголовных дел несовершеннолетних, освобожденных от уголовного преследования в связи с отставанием в психическом развитии, свидетельствует, что при оценке психического состояния обвиняемых и его влияния на их поведение в криминальной ситуации в 2/3 случаев экспертами и следователями были допущены грубые ошибки¹, что привело к необоснованному прекращению производства по делу.

В настоящих методических рекомендациях автор на основании обобщения экспертной и судебно-следственной практики с учетом основных положений уголовно-правовой доктрины, судебной психиатрии и возрастной психологии предлагает методику проведения комплексной судебной психолого-психиатрической экспертизы (КСППЭ) отставания несовершеннолетних в психическом развитии. Разработанная методика позволяет отграничить отставание в психическом развитии, преимущественно обусловленное социальными и конституционально-биологическими факторами, от психического дизонтогенеза, связанного с психическими расстройствами, а также

¹ Цымбал Е. И., Дьяченко А. П. Возрастная невменяемость: теория и практика применения // Уголовное право, 2000, №3, С. 43 – 50.

решить вопрос о выраженности нарушения способности к осознанному руководству поведения вследствие отставания в психическом развитии, при которой несовершеннолетний не должен нести уголовной ответственности. Определены вопросы, которые должны быть поставлены перед экспертами для установления отставания в психическом развитии, не связанного с психическим расстройством, и описаны стандартные экспертные ситуации.

Хочется надеяться, что методические рекомендации окажутся интересными и полезными не только экспертам, но и следователям, прокурорам и судьям, будут способствовать улучшению взаимопонимания между экспертами и правоприменителями. Особо подчеркнем, что на ряд вопросов, значимых для производства экспертизы, в настоящее время не могут быть даны однозначные ответы. Это связано с тем, что формулировка ч. 3 ст. 20 УК РФ допускает несколько толкований. Подобная ситуация будет сохраняться до внесения соответствующих изменений в Уголовный кодекс, однако указанные изменения пока не разработаны. В ситуации правовой неопределенности эксперты вправе выбрать любой из допускаемых законом подходов, не соглашаясь с теми решениями, которые представляются предпочтительными автору.

Эксперты, являясь участниками уголовного судопроизводства, обязаны точно следовать букве и духу закона, не допуская его произвольного толкования с целью “устранения противоречий” или иного “усовершенствования”. Судебным психиатрам и юридическим психологам необходимо ясно понимать, что проблемы, связанные с недостаточной проработанностью диспозиции ч. 3 ст. 20 УК РФ, являются по своей природе юридическими и находятся вне сферы их компетенции. Поэтому им не следует пытаться их разрешить в процессе производства экспертизы. Задача экспертов заключается в том, чтобы объективно изучить психическое состояние испытуемого и точно оценить то влияние, которое имеющиеся психические аномалии оказали на поведение обвиняемого (подсудимого) в момент совершения инкриминируемого ему деяния. Решать, какие правовые последствия повлекут установленные экспертами нарушения способности осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий либо руководить ими, надлежит правоприменителю.

ПОНЯТИЕ И КРИТЕРИИ ВОЗРАСТНОЙ НЕВМЕНЯЕМОСТИ

В статью 20 УК РФ (“Возраст с которого наступает уголовная ответственность”) включена часть 3, согласно которой, если несовершеннолетний достиг возраста уголовной ответственности, но вследствие отставания в психическом развитии, не связанного с психическим расстройством, во время совершения общественно опасного деяния не мог в полной мере

осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий либо руководить ими, он не подлежит уголовной ответственности. Указанную норму часто называют возрастной невменяемостью, поскольку она исключает уголовную ответственность.

Следует отметить, что термин “возрастная невменяемость” недостаточно точно передает содержание данной уголовно-правовой нормы. Однако, благодаря краткости, он удобен для применения на практике, поэтому заменять его каким-либо новым термином нецелесообразно. Нормы о возрастной невменяемости (ч. 3 ст. 20 УК) и невменяемости (ч. 1 ст. 21 УК) построены сходно, что дает основание говорить о существовании двух критериев возрастной невменяемости: медико-психологического и юридического.

1. Медико-психологический критерий возрастной невменяемости заключается в наличии у несовершеннолетнего отставания в психическом развитии, не связанного с психическим расстройством. Медико-психологический критерий отражает объективный факт — наличие у подростка отставания в психическом развитии, которое не связано с психическим расстройством, поэтому он также может быть назван объективным. Отставание в психическом развитии устанавливается с помощью стандартных методик и не имеет судебно-психиатрической специфики. Этому критерию удовлетворяет любой психически здоровый несовершеннолетний, отстающий в психическом развитии.

Значительно сложнее решить вопрос о наличии медико-психологического критерия в тех случаях, когда у несовершеннолетнего имеется то или иное психическое расстройство. Используемая законодателем формулировка ч. 3 ст. 20 УК допускает два различных ее толкования:

- *Узкое* — наличие любого психического расстройства исключает возможность постановки вопроса о возрастной невменяемости, поскольку любое психическое расстройство является дизонтогенетическим фактором, искажающим психическое развитие. Иными словами, патологически измененная почва во всех случаях рассматривается как основная причина нарушения развития психики несовершеннолетнего.

- *Широкое* — установление возрастной невменяемости возможно и при наличии у несовершеннолетнего психического расстройства, не исключающего невменяемости, если имеющееся у него отставание в психическом развитии непосредственно не связано с этим психическим расстройством. Данное толкование может быть обосновано следующими аргументами. Во-первых, углубленное клиническое обследование с привлечением современных параклинических методов диагностики позволяет практически у любого несовершеннолетнего выявить остаточные признаки раннего органического поражения головного мозга. Это дает основание говорить о наличии у него органического психического расстройства, что исклю-

чает возможность применения ч. 3 ст. 20 УК. Во-вторых, во многих случаях психические расстройства, не исключаяющие вменяемости, не оказывают существенного влияния на темпы психического развития, т.е. не играют существенной роли в механизме возникновения отставания в психическом развитии. В-третьих, изучение условий жизни и воспитания несовершеннолетних преступников свидетельствует о том, что многие из них воспитываются в крайне неблагоприятном микросоциальном окружении, в условиях эмоциональной и когнитивной депривации. В таких случаях основной вклад в возникновение у них отставания в психическом развитии вносят средовые факторы, а не биологические, включая резидуально-органическую патологию.

Диспозиция самой ч. 3 ст. 20 УК не позволяет отдать предпочтение одному из приведенных выше толкований медико-психологического критерия возрастной невменяемости. С учетом того, что уголовная ответственность лиц с психическими расстройствами, не исключаяющими вменяемости, регулируется специальной нормой — ст. 22 УК — более предпочтительным представляется узкое толкование. Однако подобный подход противоречит международно-правовым документам, направленным на защиту прав детей. Так, принцип 2 Декларации прав ребенка требует законом и другими средствами обеспечить ребенку специальную защиту. Конвенция ООН о правах ребенка (ст. 40) рекомендует государствам-участникам создавать для рассмотрения дел о преступлениях несовершеннолетних специальные процедуры и органы (ювенальную юстицию). С точки зрения ювенальной юстиции, принципы которой постепенно внедряются в систему уголовного судопроизводства в России, предпочтение должно отдаваться широкому толкованию медико-психологического критерия возрастной невменяемости.

2. Юридический критерий возрастной невменяемости включает два признака:

- *интеллектуальный* — неспособность несовершеннолетнего в полной мере осознавать фактический характер или общественную опасность своих действий (бездействия);
- *волевой* — неспособность несовершеннолетнего в полной мере руководить своими действиями.

Использование в диспозиции ч. 3 ст. 20 УК РФ между интеллектуальным и волевым признаками юридического критерия союза “либо” свидетельствует, что для установления возрастной невменяемости достаточно наличия одного из этих признаков. Очевидно, что отсутствие способности в полной мере осознавать фактический характер и общественную опасность своего деяния лишает несовершеннолетнего и возможности руководить им. Наоборот, нарушение способности руководить своими действиями не исключает способности несовершеннолетнего в полной мере осознавать фактический характер и обще-

ственную опасность деяния. Для отставания в психическом развитии характерна эмоционально-волевая незрелость, которая, прежде всего, ограничивает способность несовершеннолетнего руководить своим поведением.

Юридический критерий возрастной невменяемости может быть также назван субъективно-ситуационным, в отличие от объективного медико-биологического критерия. Субъективным его возможно назвать потому, что само понятие общественной опасности, имеющее принципиальное значение для установления юридического критерия, носит конвенциальный, а не объективный характер. Ситуационный характер юридического критерия возрастной невменяемости проявляется в том, что для его констатации принципиальное значение имеет анализ ситуации, в которой было совершено общественно опасное деяние. Иными словами, для освобождения несовершеннолетнего от уголовной ответственности на основании ч. 3 ст. 20 УК необходимо наличие у него такого отставания в психическом развитии, которое в ситуации конкретного противоправного деяния лишало подростка способности в полной мере осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий либо в полной мере руководить ими.

Медико-психологический и юридический критерии возрастной невменяемости тесно взаимосвязаны. Юридический критерий можно рассматривать как своего рода “проекцию” медико-психологического критерия на ситуацию противоправного деяния (проявление медико-психологического критерия в ситуации конкретного общественно опасного деяния). Важнейшей задачей экспертизы, а затем следствия и суда является не только установление факта отставания в психическом развитии, но и решение вопроса о том, ограничивало ли это отставание способность несовершеннолетнего во время совершения инкриминируемого ему деяния в полной мере осознанно руководить своим поведением.

3. Причины отставания в психическом развитии.

Отставание (задержка) в психическом развитии может быть обусловлена следующими причинами:

- *конституционально-генетическими факторами* — индивидуально более низким, чем средне популяционный темп психического развития; у этих подростков отставание в психическом развитии зачастую сочетается с задержкой физического развития;
- *депривационными факторами* — недостатком внимания и любви со стороны взрослых, прежде всего родителей; к депривационным факторам может быть отнесена сенсорная изоляция (снижение зрения или слуха), а также воспитание ребенка в иноязычной среде;
- *биологическими факторами* — тяжелыми хроническими соматическими заболеваниями, однако в этих случаях соматическое неблагополучие нередко сочетается с депривацией (так называемый госпита-

этих случаях соматическое неблагополучие нередко сочетается с депривацией (так называемый госпитализм при частом или длительном нахождении в стационаре);

- *социально-педагогической запущенностью* — своего рода когнитивной депривацией, когда ребенок воспитывается в условиях безнадзорности, в неблагоприятном микросоциальном окружении; никогда не обучался в школе или прекратил обучение в младших классах, т.е. был изолирован от основных институтов социализации;

- *дизонтогенезом* вследствие психического расстройства, как правило, органического расстройства личности, вызванного ранним органическим поражением головного мозга.

Отставание в психическом развитии у несовершеннолетних правонарушителей может быть обусловлено сочетанием нескольких из перечисленных выше факторов. Социально-педагогическая запущенность, например, может сочетаться с депривационными, биологическими и дизонтогенетическими факторами. В тех случаях, когда отставание в психическом развитии возникает у психически здорового подростка, применение ч. 3 ст. 20 УК не вызывает трудностей.

4. Применение ч. 3 ст. 20 УК РФ в случаях сочетания отставания психического развития с психическим расстройством (на патологической почве).

Отставанием в психическом развитии, не связанным с психическим расстройством, при узкой трактовке этого понятия можно считать только те случаи, когда задержка в психическом развитии обусловлена конституционально-генетическими, биологическими, депривационными факторами и социально-педагогической запущенностью, т.е. при отсутствии патологически измененной почвы. Однако социальное и биологическое неблагополучие очень часто сочетаются — для асоциальных семей характерна алкоголизация и курение женщин во время беременности, низкая медицинская активность после родов, невнимательное отношение родителей к ребенку. Между биологическими и социальными факторами существует и более тесное взаимодействие. Так, при отсутствии необходимой медицинской помощи, использовании приемов воспитания, не соответствующих психологическим особенностям ребенка, минимальные резидуально-органические расстройства углубляются и на их почве к подростковому возрасту формируются выраженные поведенческие нарушения.

Экспертная и судебно-следственная практика свидетельствуют о том, что в подавляющем большинстве случаев отставание в психическом развитии является полиэтиологическим состоянием, в генезе которого важную роль играют и социальные (эмоционально-когнитивная депривация, изоляция от основных институтов социализации), и биологические (резидуальная органическая патология головного мозга, конституционально обусловленное снижение темпа пси-

хического развития) факторы. Частое сочетание дизонтогенетического фактора с депривацией и социально-педагогической запущенностью является еще одним аргументом в пользу широкого понимания медико-психологического критерия возрастной невменяемости.

В связи с этим необходимо разработать методологические подходы и экспертные критерии, позволяющие обосновать правомерность применения ч. 3 ст. 20 УК РФ, в случаях, когда отставание в психическом развитии обусловлено комплексом социальных и биологических факторов.

Можно выделить два подхода к решению указанной задачи, отличающихся по методологическим основаниям. *Первый подход* основан на оценке вклада социальных и биологических факторов. И. А. Кудрявцев² и О. Д. Ситковская³ полагают, что возрастная невменяемость должна констатироваться в тех случаях, когда отставание в психическом развитии у несовершеннолетнего обусловлено преимущественно социальными факторами, либо биологические и социальные факторы вносят равный вклад. Методологическим основанием этого подхода является возможность формулирования суждения о патогенезе имеющихся у испытуемого психических нарушений по результатам углубленного клинико-психологического освидетельствования. Иными словами, возможность дифференцированной оценки вклада в клиническую картину полиэтиологических расстройств каждой из породивших их причин.

Инструментом для такой оценки, по мнению И. А. Кудрявцева, является функциональный диагноз, устанавливаемый на основании многоосевого анализа. Однако этот подход имеет ряд ограничений. Прежде всего, многомерный анализ требует детализированных анамнестических сведений, проведения углубленного изучения личности испытуемого, тщательного неврологического обследования с использованием современных параклинических методов. Все это значительно увеличивает объем экспертного исследования и делает практически невозможным использование многомерного анализа в практике проведения амбулаторных экспертиз, на которые приходится большинство КСППЭ несовершеннолетних. Отсутствие подробных анамнестических сведений, в том числе медицинской документации о течении беременности и родов у матери, особенностях развития подэкспертного в первые годы жизни, существенно снижает достоверность анализа. К сожалению, асоциальный образ жизни родителей и связанная с этим их низкая медицинская активность зачастую делают невозмож-

² Кудрявцев И. А. Комплексная судебная психолого-психиатрическая экспертиза. М., 1999, с. 290 – 331.

³ Ситковская О. Д. Психологический комментарий к Уголовному кодексу Российской Федерации. М., 1999, с.5 – 33.

ятно, объясняется крайняя редкость использования многоосевого анализа и функционального диагноза в экспертной практике.

Второй подход к установлению возможности применения ч. 3 ст. 20 УК в случаях, когда отставание в психическом развитии обусловлено комплексом социальных и биологических факторов, основан на сравнительном анализе юридической природы и правовых последствий невменяемости (ст. 21 УК) и возрастной невменяемости (ч. 3 ст. 20 УК). Обе нормы закрепляют, что не подлежит уголовной ответственности лицо, которое не обладает для этого всеми внутренними признаками (психологическими характеристиками или психологическими предпосылками) субъекта преступления. В отсутствие возможности привлечения к уголовной ответственности определенной категории лиц заключается основное и безусловное (наступает в любом случае) правовое последствие невменяемости и возрастной невменяемости.

При невменяемости возможно еще одно правовое последствие — назначение принудительных мер медицинского характера. Это второе правовое последствие невменяемости носит условный характер, оно наступает только в случаях, специально указанных в ч. 2 ст. 97 УК, где конкретизируются особенности психического расстройства невменяемого лица, наличие которых является обязательным условием назначения судом принудительных мер медицинского характера. Следует подчеркнуть, что та же норма регламентирует основания назначения принудительных мер медицинского характера ограниченно вменяемым лицам.

Если у несовершеннолетнего с отставанием в психическом развитии имеется психическое расстройство, не исключающее вменяемости (при психическом расстройстве, исключающем вменяемость, он подлежит экскуляции), которое не требует назначения принудительных мер медицинского характера, то такой подросток не подлежит уголовной ответственности в связи с возрастной невменяемостью. У несовершеннолетнего с отставанием в психическом развитии, психическое расстройство которого требует назначения принудительных мер медицинского характера, не может быть констатировано отставание в психическом развитии, не связанное с психическим расстройством. В этих случаях должна применяться ст. 22 УК потому, что только таким образом возможно назначение принудительной меры медицинского характера. Преимуществами предлагаемого критерия применения ч. 3 ст. 20 УК в случаях сочетания отставания психического развития с психическим расстройством являются:

- ориентация на правовые последствия;
- простота применения (отсутствие необходимости сбора дополнительных сведений и проведения дополнительных исследований);

- наличие четких критериев, законодательно зафиксированных в ч. 2 ст. 97 УК, что существенно снижает риск проявления субъективизма экспертов.

5. Связь между выраженностью нарушения способности к осознанному руководству поведением вследствие отставания в психическом развитии несовершеннолетнего и освобождением его от уголовной ответственности.

Совершенно очевидно, что выраженность отставания несовершеннолетнего в психическом развитии может варьировать в широких пределах. Столь же существенно будет варьировать и влияние этого отставания на способность подростка к осознанному руководству своим поведением при совершении противоправного общественно опасного деяния. Основанием для наступления определенных правовых последствий (освобождения от уголовной ответственности, назначения наказания и/или принудительных мер медицинского характера) должна быть не причина, вызвавшая нарушение способности осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий либо руководить ими, а степень нарушения указанной способности. Сравнение ч. 3 ст. 20 и ч. 2 ст. 22 УК РФ свидетельствует о несоблюдении в законе данного принципа. Неспособность в полной мере осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий либо руководить ими исключает уголовную ответственность в тех случаях, когда она вызвана отставанием в психическом развитии, не связанным с психическим расстройством. Психическое расстройство, вызывающее во время совершения преступления аналогичное по глубине нарушение осознанной регуляции поведения, не освобождает от уголовной ответственности, хотя и учитывается судом при назначении наказания.

В связи с этим экспертами высказывается точка зрения, что безусловным основанием прекращения производства по делу может быть лишь существенное снижение способности несовершеннолетнего осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий либо руководить ими. Однако такая позиция противоречит действующему законодательству. Из ч. 3 ст. 20 УК следует, что несовершеннолетние, отстающие в психическом развитии, не подлежат уголовной ответственности, если они не могли в полной мере осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий либо руководить ими. Формулировка “не в полной мере” охватывает и полную, и частичную утрату указанной способности. Законодатель не определяет, какая степень обусловленной отставанием в психическом развитии утраты способности к осознанному руководству поведения влечет освобождение несовершеннолетнего от уголовной ответственности, оставляя это решение на усмотрение следователя, прокурора или суда.

Стремление к “восстановлению социальной справедливости” по отношению к несовершеннолетним с психическими расстройствами, не исключаяющими вменяемости, побуждает некоторых экспертов “исправлять” закон. Они констатируют у испытуемых отставание в психическом развитии только в тех случаях, когда это отставание существенно (в значительной мере) ограничивало способность обвиняемых (подсудимых) к осознанной регуляции поведения. Оценочный характер понятий “существенно” или “в значительной мере” неизбежно порождает субъективизм при их применении. Принципиальный недостаток такого подхода заключается в том, что фактически решение о прекращении уголовного преследования принимает эксперт, который констатирует наличие отставания в психическом развитии не во всех случаях, когда это отставание имеется, поскольку правоприменитель в подавляющем большинстве случаев соглашается с выводами экспертизы.

Нарушение способности несовершеннолетнего в полной мере осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий либо руководить ими в момент совершения инкриминируемого ему деяния представляет широкий континуум оценок. На полюсах (границах) этого континуума находятся неизменная способность к руководству поведением и полное отсутствие указанной способности. В связи с этим представляется целесообразным, чтобы эксперты в своем заключении указывали, сохранялась или нет у испытуемого во время совершения инкриминируемого ему деяния способность осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий либо руководить ими. Ответ на этот вопрос должен быть только однозначным:

- имеющееся у несовершеннолетнего отставание в психическом развитии не лишало его в момент со-

вершения инкриминируемого деяния способности осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий либо руководить ими, хотя и ограничивало указанную способность;

- имеющееся у несовершеннолетнего отставание в психическом развитии лишало его в момент совершения инкриминируемого деяния способности осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий либо руководить ими.

Постановление Пленума Верховного Суда РФ от 14.02.2000 г. № 7 “О судебной практике по делам о преступлениях несовершеннолетних” в качестве обязательного предлагает ставить перед экспертами вопрос о степени умственной отсталости несовершеннолетнего, интеллектуальное развитие которого не соответствует его возрасту. Вопрос: “Сохранялась ли у испытуемого в момент совершения инкриминируемого деяния способность осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий либо руководить ими?” — можно считать сходным по существу с вопросом о “степени умственной отсталости”, но сформулированным более корректно, с учетом терминологии, принятой в современной психиатрии.

Судебной психиатрией и юридической психологией достаточно подробно разработана методология и методика решения поставленного вопроса, который по существу является основой судебно-психиатрической оценки⁴. Эти подходы могут быть использованы для оценки отставания в психическом развитии. Ответив на предлагаемый дополнительный вопрос, а также на основные вопросы, постановка которых следует из медико-психологического и юридического критериев возрастной невменяемости, эксперты дадут исчерпывающую объективную оценку психического состояния испытуемого в момент совершения инкриминируемого ему деяния. Такая оценка позволит правоприменителю, руководствуясь соответствующими нормами уголовного и уголовно-процессуального законодательства, принять по делу обоснованное решение.

⁴ Клиническая и судебная подростковая психиатрия / Под ред. В. А. Гурьевой. М., 2001; Кудрявцев И. А. Комплексная судебная психолого-психиатрическая экспертиза. М., 1999.

Всемирная психиатрическая ассоциация
**МЕЖДУНАРОДНЫЙ КОНГРЕСС
НОВОЕ В ЛЕЧЕНИИ ПСИХИАТРИИ**

10 – 13 ноября 2004 г., Флоренция

Тел.: +39 055 33611; факс: +39 055 3361250

E-mail: info@wpa2004florence.org; www.wpa2004florence.org

Коль болен, не жалуйся — хуже будет

В мае 2003 г. в Независимую психиатрическую ассоциацию России пришло письмо от гражданина Петрова (фамилия изменена), 1947 г. рожд., постоянно зарегистрированного в г. Рузаевка, Республика Мордовия. Петров просил провести обследование его психического здоровья, и определить, соответствует ли оно заключению судебноэкспертной комиссии Республиканского психиатрического диспансера от 13 августа 2002 г. Мы ответили, что готовы провести освидетельствование психического состояния на момент обращения, но не можем вынести каких-либо суждений о его психическом состоянии в прошлом, при совершении противоправных действий. Впрочем, при предоставлении акта СПЭК комиссия НПА могла бы дать на него рецензию.

И вот в ноябре Петров приехал в Москву, пришел в приемную НПА и рассказал о тех обстоятельствах, которые заставили его искать помощи у правозащитников. История оказалась очень поучительная.

Петров родился в Мордовии, единственным ребенком в семье. Рос и развивался по возрасту, болел мало, был общительным, активным, подвижным. Обстановка в семье отличалась доброжелательностью и спокойствием. Людей с психическими отклонениями в роду не было. В 7 лет мальчик пошел в школу, а после успешного окончания 11 классов, поступил в Станкоинструментальный техникум. С 1966 по 1969 г. служил в армии. Служба прошла нормально, демобилизован в срок.

После армии Петров работал по специальности. Женится, родился сын, спустя три года — дочь. Через десять лет, в 1981 г., супруги оформили развод, но Петров не потерял связь с детьми, сохранил с ними хорошие отношения. Сейчас дочери 28, а сыну 31. Дочь живет в Москве, и Петров всегда может у нее остановиться.

Петров не скрывает, что в течение многих лет злоупотреблял алкоголем, но последние три года не пьет. В настоящее время проживает в Рязанской области в гражданском браке. Отношения с женой хорошие, живут вместе уже три года.

Заболел Петров в 1980 году, когда сильно злоупотреблял алкоголем. В то время он проживал в г. Пушкино Московской области, работал в Институте белка АН СССР старшим инженером и, будучи человеком социально активным, “боролся с нарушениями на производстве”. В состоянии опьянения пришел домой к главному инженеру выяснять отношения, скан-

далил, и прямо оттуда был госпитализирован в ПБ № 7 г. Серпухова. В больнице находился около 4 месяцев, получал стелазин (в/в, в/м и в табл.), аминазин. Был выписан к труду и под наблюдение ПНД. Описать свое состояние на тот период отказывается, говорит, что уже все забыл, но наши предположения о возможном ощущении преследования не отверг.

Вернувшись на работу, Петров возобновил борьбу с беспорядками на производстве, вместе с другими рабочими писал жалобы в горком и обком КПСС. Вновь стал выпивать. В 1981 году — повторная госпитализация в ПБ и снова четыре месяца лечения. На этот раз была оформлена 2 группа инвалидности, и после выписки из больницы Петрова уволили с работы. Тогда же он развелся с женой, и в 1986 г. уехал в Саранск — подальше от тех мест, где знали о его “психиатрическом прошлом”. Устроился на завод токарем, неплохо зарабатывал, дисциплину не нарушал. В 1988 г. представил на ВТЭК производственные характеристики и справки о зарплате, и ему сняли группу инвалидности. Через несколько лет, в начале 90-х, Петров был снят с учета в ПНД.

Однако спокойной жизни не получилось. С началом перестройки Петров вновь увлекся общественной работой: был избран в Совет смены, выдвигался кандидатом в депутаты Горсовета Саранска, подал два заявления в суд о нарушении прав рабочих, затрагивающем и его интересы. В суде добиться справедливости не удалось, а договориться с начальством по-хорошему тоже не получалось. В результате Петров был уволен за прогул и уехал в Рузаевку, где устроился на завод. Это были тяжелые времена: “денег практически не платили, иногда давали продукты”. Однако Петров выстоял, не сломался, “зарабатывал, как мог, иногда и на рынке торговал”, и занимался поисками работы.

В 2000 г. Петров решил переехать в Рязанскую область, так как там возможности трудоустройства были намного лучше. Готовясь к переезду, неоднократно совершал поездки из Рузаевки в Москву и Рязань. Денег на билеты не хватало, и Петров решил “сэкономить”. Осенью 2000 г. он купил в Москве с рук пенсионное удостоверение инвалида с проставленными печатями. Заполнил его, вклеил свою фотографию и с 18.11.2000 по 28.01.2001 несколько раз покупал железнодорожные билеты с 50 % скидкой. В январе 2001 г. Петров был задержан контролерами, и против него возбудили уголовное дело — незаконное приоб-

речение и подделка документов, в результате чего Петров нанес железной дороге ущерб в сумме 334 рубля 80 копеек — триста тридцать четыре рубля 80 копеек!

18.12.2001 г. Рузаевский районный суд Мордовии приговорил Петрова к 1 году 6 месяцам наказания условно. Петров свою вину признал, выплатил штраф, и аккуратно являлся в уголовно-исполнительную инспекцию г. Рузаевка, где ему было положено ежемесячно отмечаться. Между тем, к тому времени он уже переселился в Рязанскую область, завел семью (гражданский брак) и работал на заводе токарем (шестой разряд). Поскольку ездить в Рузаевку было далеко и неудобно, Петров через некоторое время стал обращаться в судебные органы и прокуратуру с просьбой отменить приговор с учетом того, что он возместил ущерб, «является донором» (удостоверение — 20 раз безвозмездно сдавал кровь) и срок его условного наказания почти закончился. Эти обращения он мотивировал необходимостью уехать из Мордовии, и в одном из них упомянул о своем лечении у психиатров.

Тут-то все и началось. В порядке надзора прокурор вынес протест на решение Рузаевского суда, обосновав это тем, что Петров состоит на учете в ПНД, а суд не затребовал соответствующих документов и не провел СПЭК. Новое рассмотрение дела в том же суде 01.08.2002 г. закончилось вынесением определения о назначении судебно-психиатрической экспертизы, а до экспертизы суд избрал меру пресечения — заключение под стражу. Таким образом, до сих пор Петров, считаясь психически здоровым, отбывал наказание условно, считался неопасным, и противоправных действий с января 2001 года, когда последний раз проехался на поезде по льготному тарифу, не совершал. Став психически больным, он был тут же посажен в СИЗО, как опасный преступник. По словам Петрова, в суде это прокомментировали достаточно откровенно: «Ну что, дописался?».

Экспертиза — амбулаторная СПЭК — была проведена за пять минут, с Петровым практически не разговаривали. Однако решение, вынесенное экспертами, повлияло на судьбу Петрова самым серьезным образом. Он был признан невменяемым и направлен на принудительное лечение в психиатрический стационар общего типа. Акта АСПЭК Петров получить так и не смог, но в решении суда о направлении его на принудительное лечение есть выписка из этого документа: «Петров страдает хроническим психическим заболеванием в форме параноидальной шизофрении, ремиссия с чертами процессуального дефекта. По состоянию воли не может в настоящее время, и не мог в период времени, относящийся к инкриминируемому деянию, в полной мере осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими. Поэтому Петрова следует считать невменяемым». После этого в суде Петров уже не присутствовал, адвоката у него не было. До 24.09.2002 г. он находился в заключении, а с

24.09.2002 г. по 21.02.2003 г. — на принудительном лечении в Республиканской психиатрической больнице Мордовии. Там ему вновь была оформлена вторая группа инвалидности.

После выписки из больницы Петров вернулся к своей гражданской жене. На работу его не берут, как инвалида второй группы. Он работает на своем приусадебном участке, хотя вполне мог бы пойти на завод токарем — квалификация высокая, и здоровье позволяет.

Петров не согласен ни с заключением экспертов-психиатров о том, что он не осознавал своих действий в полной мере, ни с решением суда о принудительном лечении. Ведь фактически именно из-за этого он лишился высокооплачиваемой работы (будучи токарем 6-ого разряда он зарабатывал до 10 тысяч рублей ежемесячно) и превратился из «кормильца» в «нахлебника». Он обращается с жалобами в судебные инстанции и везде получает отказы.

Между тем решение экспертов и суда вызывает серьезные сомнения и у специалистов НПА. Ведь там сказано, что Петров «не мог в полной мере осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий», между тем невменяемость предполагает, что лицо не может осознавать фактический характер своих действий либо руководить ими полностью. Неполнота меры осознания общественной опасности совершенных Петровым действий может свидетельствовать не о невменяемости, а о необходимости применения ст. 22 УК РФ. Кроме того, суд, направив Петрова на принудительное лечение, не учел, что в соответствии с ч. 2 ст. 97 УК РФ, принудительные меры медицинского характера назначаются только в случае, когда психические расстройства связаны с возможностью причинения лицом иного существенного вреда либо с опасностью для себя или других лиц. Никаких фактов, подтверждающих, что Петров по своему психическому состоянию представлял опасность для себя или других лиц либо мог причинить иной существенный вред, в представленных документах не имеется.

Попытки Петрова получить акт судебно-психиатрической экспертизы или какие-либо еще медицинские документы, в надежде, что специалисты НПА России составят на них рецензию, заслуживают особого внимания. В прокуратуре Петрову в письменном виде подтвердили законность его требований, однако все медицинские органы ответили категорическим отказом. Наконец, Петров обратился в суд с жалобой на неправомерные действия министерства здравоохранения Мордовии и Рузаевской центральной республиканской больницы, которые отказывают ему в предоставлении информации о его психическом здоровье. В ответ судья Рузаевского районного суда В. И. Бурдинов 29 сентября 2003 года вынес определение об оставлении жалобы Петрова без рассмотрения, «т.к. она подана недееспособным лицом». Вот

как судья обосновывает свое заключение: “как следует из акта первичной амбулаторной судебно-психиатрической экспертизы № 582 от 13 августа 2002 года (это та самая экспертиза, согласно которой Петров не мог в полной мере осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий) Петров находится на диспансерном наблюдении у психиатра с 1980 г. с диагнозом шизофрения, непрерывно-текущая, с 1981 года имеет 2 группу инвалидности по данному заболеванию. На основании ст. 222 ГПК РФ, суд оставляет заявление без рассмотрения в случае, если: заявление подано недееспособным лицом”. Стоит ли удивляться? Ведь это тот же суд, который ранее признал невменяемым лицо, которое не в полной мере осознает свои действия, а теперь путает невменяемость и недееспособность. Между тем вопрос о признании Петрова недееспособным никогда не ставился, и жалобы его в различные инстанции, в том числе и в суд, должны рассматриваться в установленном законом порядке. Сам же Петров недоумевает еще и потому, что судья пишет о его инвалидности. Он резонно замечает: “Зачем бы я тогда пенсионное удостоверение покупал, если бы по закону мог иметь льготы?”.

История Петрова ярко демонстрирует, сколь уязвимы и не защищены люди с психическими расстройствами, как легко можно использовать заключение психиатров для того чтобы наказать, уволить, не дать, не рассматривать...

Между тем при проведении Петрову комиссией НПА психолого-психиатрического освидетельствования с использованием теста Роршаха психотических расстройств у него не выявлено, процессуальных нарушений мышления не обнаружено. Имеется некоторое снижение фона настроения и особенности аффективности, характерные для органической патологии. В настоящее время психическое состояние позволяет предоставить Петрову информацию о его психическом здоровье, и он вполне в состоянии отстаивать свои права и интересы в различных инстанциях, в том числе в суде.

Вот только, обращаться ли Петрову в суд, если из его собственного опыта известно, что жаловаться опасно, особенно, если ты считаешься “психически больным”?

Н. В. Спиридонова

СПЕЦИАЛИСТЫ НЕЗАВИСИМОЙ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ АССОЦИАЦИИ РОССИИ

ведут прием граждан

по вопросам нарушения прав лиц с психическими расстройствами и их родственников
(общественная приемная):

понедельник — с 10 до 13 час.; среда — с 15 до 18 час.

Москва, Новый Арбат, 11, комн. 1922

М. “Арбатская”, напротив “Дома книги”

Комиссия специалистов (по предварительному назначению)

работает по вторникам с 16 до 20 час., там же.

*Телефон для справок: (095) 291-9081; факс: 291-8469; E-mail: ipar@aha.ru
Адрес для корреспонденции: 121019, Москва, Новый Арбат, 11, комн. 1922,
Российский исследовательский центр по правам человека.*

Консультации и комиссионный прием граждан проводятся бесплатно

Психиатризация действительности, запущенная привлечением психиатрии к борьбе с “сектами”, уже прием политического преследования

ПОСТАНОВЛЕНИЕ

о назначении психолого-психиатрической судебной экспертизы

г. Набережные Челны РТ
30 апреля 2003 г.

Следователь (дознатель) по особо важным делам прокуратуры г. Набережные Челны юрист 2 класса Замараев К. В., рассмотрев материалы уголовного дела № 160995

УСТАНОВИЛ:

24 октября 2002 года по уголовному делу № 170969 были произведены обыски в ходе которых были изъяты листовки и обращения НЧО ВТОЦ...

Согласно заключения комплексной социально-психологической, психолого-лингвистической судебной экспертизы № 2 от 23 декабря 2002 года, словесные средства, использованные в вышеуказанных документах, выражают унижительные характеристики, отрицательные эмоциональные оценки и негативные установки в отношении православной религиозной группы, людей русской национальности, отдельных лиц — торговцев с Востока (вьетнамцев). В листовках “Диктатура закона или закон диктатуры”, “Память предков зовет”, “Обращение к русскоязычному татарину”, “Грозят Набережные Челны превратиться в “Горячую точку”, черновые записи на трех листах, открытое письмо за исх № 969 “Патриарху Московскому и всея Руси Алексею II...”, резолюция “Участников митинга, посвященная 450-летию разрушения татарского государства”, “Обращение участников Дня памяти татарского народа”, письмо № 818 от 1.11.01 г. на имя Шаймиева М., открытое письмо № 817 от 1.11.01 г. на имя Костина И., резолюция № 3 антивоенного митинга от 12.11.01 г. за исх. № 825, представленных на исследование, содержится информация, побуждающая к действиям против русской нации, православной религии. В листовках... использованы специальные языковые средства для целенаправленной передачи оскорбительных характеристик, отрицательных эмоциональных оценок, негативных установок и побуждений к действиям против русской нации и православной религии, для формирования отрицательных эмоциональных оценок и

негативных установок в отношении людей русской национальности используются приемы противопоставления категорий, косвенного непрямого обращения, антитезы, просторечие, обличение, нагнетание негативной глагольной лексики в форме настоящего времени. Информация, содержащаяся в вышеуказанных материалах может повлечь за собой возбуждение национальной и религиозной вражды. Кроме того, национальные и религиозные факторы выступают как аргументы и мотивы для ведения антигосударственной деятельности.

В период с 15 февраля 2001 г. по 24 октября 2002 года председатель НЧО ВТОЦ Кашапов Р. Р. умышленно с целью возбуждения национальной и религиозной вражды публично распространял вышеуказанные листовки и обращения НЧО ВТОЦ. Листовки и обращения НЧО ВТОЦ за подписью Кашапова Р. Р. распространялись по его указанию активистами НЧО ВТОЦ — расклеивались на остановках общественного транспорта, направлялись по почте в общественно-политические организации, а также распространялись через средства массовой информации.

Согласно заключению амбулаторной судебно-психиатрической экспертизы № 376 от 2 апреля 2003 года, в связи с неясностью клинической картины (подозрение на наличие сверхценных идей реформаторства, преследования) решить экспертные вопросы в амбулаторных условиях не представляется возможным, Кашапова Р. Р. рекомендуется направить на стационарную судебно-психиатрическую экспертизу.

На основании изложенного и руководствуясь ст. 195 (196) и 199 УПК РФ,

ПОСТАНОВИЛ

1. Назначить стационарную комплексную психолого-психиатрическую судебную экспертизу, производство которой поручить экспертам РПБ г. Казань РТ
2. Поставить перед экспертами вопросы:
 - 1) Имеются ли у Кашапова Р. Р. отставания в психическом развитии, не связанные с психическими расстройствами, вследствие которых испытуемый во время совершения общественно-опасного деяния не мог в полной мере осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий либо руководить ими?
 - 2) Не находился ли Кашапов Р. Р. в момент совершения общественно-опасного деяния в эмоциональном состоянии (стресс, фрустрация, растерянность и т.д.), которые могли бы существенно повлиять на его сознание и деятельность?
 - 3) И т.д., и т.п.

Дорогие коллеги!

Будьте осторожны! Не используйте в своей речи противопоставление категорий, косвенное не прямое обращение, антитезы и т.п. Особенно остерегайтесь просторечий, обличений и нагнетания негативной глагольной лексики в форме настоящего времени.

Любой следователь нынче знает, что эти приемы используются для формирования отрицательных эмоциональных оценок и негативных установок в отношении всего, о чем вы говорите. А если заговорите о чем-нибудь не том, то и судебно-психиатрическую экспертизу назначат...

РЕЦЕНЗИИ, ОТКЛИКИ, РЕФЕРАТЫ

Психотерапия депрессии (реферат)

Виктор Каган (Даллас, США)

Hollon S. D., Thase M. E., Markowitz J. C. *Treatment and Prevention of Depression. (J. of American Psychological Society. November 2002: v. 3. #2. 77 p.p.)* представляет собой монографию, объединившую усилия трех видных специалистов (двух психиатров и психолога) и опубликованную отдельным выпуском в качестве приложения к Журналу Американского Психологического Общества. Солидный список литературы (292 названия, в основном датированных последними 10 – 15 годами, из которых 34 — публикации авторов монографии), изящная и четкая организация материала, исключая “профессиональное местничество” подход и хороший язык — вот то, что можно сказать об этой работе на уровне формальных оценок.

Заранее прошу прощения у читателя за две вещи: 1) опущена глава о биологическом лечении депрессии, 2) выход за рамки реферата в строгом смысле этого слова с привнесением элементов обсуждения и медиации.

Список сокращений: КТ — когнитивная терапия, КПТ — когнитивно-поведенческая терапия, ПДП — психодинамическая психотерапия, ПСТ — поведенческая супружеская терапия, ПТ — поведенческая терапия, FFT — family focused therapy, IPT — interpersonal therapy.

Депрессия — главная причина нетрудоспособности — самое распространенное из расстройств настроения, которые, в свою очередь, наиболее распространены среди психических расстройств. Чаще депрессии встречается разве что астения, и вместе они образуют не только первые регистры психопатологии, но и “нейтральную полосу” между так называемыми нормой и патологией. Депрессия нередко эпизодична и проходит сама собой, но у большинства однажды переживших ее наблюдаются повторные эпизоды, постдепрессивный дистресс и многолетние

“депрессивные хвосты”. Депрессия прокладывает себе путь в будущее и, как отмечают, увеличивает риск возникновения более тяжелых по сравнению с начальным эпизодом обострений.

Типология депрессии — область достаточно сложная. Авторы ограничивают круг рассмотрения депрессивными расстройствами (униполярной депрессией) — большое депрессивное, дистимическое и недифференцированное расстройства; **биполярными расстройствами** — типа I и II, циклотимия, недифференцированное биполярное расстройство),

расстройствами настроения вследствие общемедицинских причин и вызванными употреблением наркотических веществ. Дополнительные критерии диагностики: 1) хроническое (не менее 2-х лет) течение; 2) меланхолия (утрата обычных интересов, классические вегетативные признаки — ранние пробуждения, утрата аппетита и сексуального интереса); 3) атипичность: реакция симптомов депрессии на внешние события, чувствительность к отверганию другими, чувство невозможности начать действия, извращенные вегетативные признаки (сонливость, повышенный аппетит, увеличение массы тела). У сторонников этиопатогенетической диагностики это может вызывать непонимание и протест, но спокойный анализ показывает, что описанные критерии достаточны для описания всех случаев, когда депрессия является расстройством первого плана, будь она невротической, соматогенной, органической, сосудистой, травматической или связанной с употреблением изменяющих состояние сознания веществ. Как мне представляется, для психолога такое изменение акцентов создает дополнительные возможности выхода за пределы узкой медикализации депрессии при сохранении внимания к взаимозависимости настроения и биологических факторов (соматическое заболевание или наркотизация могут быть причиной депрессии, ее следствием или образовывать “порочные круги”).

Обсуждая общую динамику лечения, авторы пользуются адаптированной ими схемой Kupfer (1991), выделяя фазы 1) превенции, 2) лечения в острой фазе (нормализации настроения), 3) лечения по выходе из острой фазы (от нормализации настроения до выздоровления), и 4) поддерживающего лечения (предупреждение новых обострений). Эти фазы одинаково хорошо описывают оптимальный подход к построению и психиатрического, и психологического лечения.

Опуская обсуждение биологических методов лечения (антидепрессанты, стабилизаторы, ЭСТ), подчеркну лишь, что оно видится авторами не как альтернатива психотерапии, но как часть комплексной терапии, в проведении которой психиатр — паритетный член команды, а не Большой Отец. Закljučая эту главу, авторы указывают, что, хотя биологическая терапия изучена больше других подходов, она не настолько эффективна, как можно было бы ожидать, а ее использование ограничено нарушениями режима лечения и побочными эффектами.

Первыми среди психотерапевтических подходов рассматриваются межличностная и психодинамическая психотерапии. Обобщая ряд данных, авторы приводят сравнительные данные, согласно которым межличностная и когнитивная терапии по эффективности сравнимы с медикаментозным лечением (несколько выше 50%), а психодинамическая терапия немного обгоняет медикаментозное плацебо (оба эти вида в зоне эффективности между 30% и 37–38%).

Межличностная психотерапия (IPT — interpersonal psychotherapy). Авторы определяют ее как

прагматическую, стратегическую, ограниченную во времени терапию. Разработанная в 1970-х г.г. G. Klerman и M. Weissman на базе теорий А. Meyer, H. S. Sullivan, J. Bowlby и др., она проверена во множестве хорошо поставленных клинических испытаний, но в клиническую практику начала входить лишь к середине 1990-ых. Ее успешность в терапии депрессии быстро привела к тому, что она стала применяться и в других областях (семейной и групповой терапии, телефонном консультировании, руководствах по самопомощи), быстро распространяться за пределы США и в 2000 г. было организовано Международное Общество Межличностной Психотерапии (<http://www.interpersonalpsychotherapy.org/>). IPT предполагает, что жизненные события после раннего детства влияют на последующую психопатологию. Депрессия, по мнению IPT-терапевтов — медицинское состояние со сложной этиологией. Чувство вины депрессивных пациентов в IPT смещается на неприятную болезнь, которая вовсе не обязательно вырастает из их личности или ограничений. Установление связи между текущими жизненными событиями и временем появления депрессивных симптомов важно для помощи пациенту в понимании и противостоянии депрессии. Диагностические категории и клинические шкалы призваны помочь пациенту осознать, что он имеет дело не со своими “ошибками” или “недостатками”, а с распространенным расстройством настроения, имеющим вполне предсказуемые проявления. Формально не препятствуя “роли больного” и самообвинениям, IPT-терапевт, вместе с тем, побуждает к принятию “роли пациента” и, далее, восстановлению “роли здорового”.

В техническом смысле IPT эклектична, — говорят авторы, хотя, на мой взгляд, речь идет скорее не собственно об эклектике, а, скорее, о прагматической ориентации на реальную сложность депрессивного бытия и терапевтического подхода к нему, не укладывающегося в ограниченные и ригидные рамки какой-либо одной терапевтической школы. Определение депрессии как болезни переключается с психофармакологическим подходом и создает мосты между лекарственным лечением и психотерапией в восприятии и пациента, и терапевта. IPT использует подходы супружеской терапии в работе с межличностными проблемами. Многие IPT-терапевты пришли из психодинамической терапии, неизбежно привнося в работу психодинамические установки. Но IPT избегает интерпретаций сновидений, работы с переносом, сосредоточена на настоящем и направлена не просто на осознание, но на достижение реальных жизненных изменений. Подобно КПТ (когнитивно-поведенческой терапии), IST ориентирована на синдром, ограничена во времени, разворачивается в пространстве здесь-и-сейчас, использует ролевые игры. Но это не собственно КПТ — меньшая структурированность, отсутствие домашних заданий, обращение не столько к когнитивной, сколько к эмоциональной стороне межличностных проблем. Все это делает IPT уника-

льной, но в техническом смысле неспецифической терапией.

Лечение включает в себя три стадии.

Начальная. Несколько сессий посвящены истории расстройства, но это не сбор анамнеза в медицинском смысле. Тщательное исследование истории психотерапевтично и направлено на установление связей депрессивных симптомов с межличностной ситуацией пациента, которая рассматривается как проявление одной из четырех проблем: 1) *Осложненная горе* в результате утраты или смерти значимого близкого человека; 2) *Ролевые разногласия* представлены борьбой, порождаемой неудовлетворенными ожиданиями в отношениях со значимыми людьми; 3) *Ролевые переходы* — изменения жизненного статуса, входящие в конфликт с видением собственного жизненного пути; 4) *Межличностные дефициты* — приводящие к социальной изоляции трудности в установлении и поддержании отношений. Это не проблемы как таковые, а проблемные области, которые у многих пациентов могут накладываться друг на друга. Задача начальной стадии — выделить одну, максимум две из них, которые могут быть терапевтическим фокусом.

Средняя, которую можно было бы обозначить как стадию проработки. На ней терапевт использует адресуемые проблемным областям подходы. При *осложненной горе* — фасилитация катарсиса скорби и помощь в поиске компенсирующих утрату занятий или отношений. При *ролевых разногласиях* — помощь в исследовании отношений и важных разногласий, возможных путей их разрешения. При *ролевых переходах* — помощь в научении управлять изменениями (переживание утраты прежней роли, распознавание негативных и позитивных аспектов новой роли, овладение новой ролью). При *межличностной дефицитности* — помощь в овладении навыками межличностного взаимодействия и развитии новых отношений.

Заключительная стадия посвящена распознаванию и организации результатов работы на первых двух стадиях и, в итоге, достижению пациентом чувства независимости и компетентности, подготовке к жизни без терапии. Еще одна ее цель — подготовка пациента к встрече с провоцирующими депрессию межличностными обстоятельствами и оптимальной реакции на них. В лечении обострения эта стадия требует нескольких сессий, в поддерживающем лечении — нескольких месяцев. В этом контексте понятно, что 1) окончание психотерапии происходит без особых — свойственных, например, ПДП — усилий: просто как естественный ролевой переход и 2) психотерапевт помогает пациенту в стабилизации самооценки, подчеркивая не свою, а его роль в изменении жизненной ситуации.

Описываются особенности проведения и эффективности ИРТ у пожилых людей, подростков с депрессией, пациентов с биполярными расстройствами и депрессиями, связанными с соматическими заболеваниями и состояниями. Эффективность ИСТ при

депрессии, особенно в структуре комбинированного лечения, высока как при изолированном ее использовании, так и в комбинации с антидепрессантами. Комбинированное лечение чаще рекомендуется при тяжелых и хронических депрессиях.

Психодинамическая психотерапия (ПДП)

Наличие в России литературы по ПДП позволяет не касаться ее истории и основных положений, рассматриваемых в монографии. Исследования ее эффективности дают неоднозначные результаты. Клинико-катамнестическое изучение не находит особых различий в эффективности краткосрочной ПДП, КПТ, тренинга социальных навыков, лечения амитриптилином. Хотя лечение в остром периоде отдает предпочтение поведенческой терапии (ПТ) по сравнению с ПДП, доказательств преимуществ ПТ по минимизации острого периода не много. Поиски возможностей реализации терапевтического потенциала приводят к созданию амальгамных методов — таких, как психодинамически-межперсональная терапия, поддерживающе-экспрессивная терапия и др., но данные об их эффективности противоречивы. Авторы очень корректно анализируют возможные методологические и методические причины этой противоречивости и заключают, что ПДП сегодня страдает из-за того, что не слишком озабочена исследованием своей эффективности. К тому же, подчеркивают авторы, остается неясным, имеем мы дело с недостаточной эффективностью ПДП или неадекватностью используемых методов ее проверки. Остается неясным, насколько правомерно распространение результатов изучения эффективности краткосрочной ПДП на ПДП в целом.

Когнитивная и поведенческая терапия

Эти виды терапии исходят из того, что расстройства настроения вызываются или обостряются выученными взглядами и поведением, а основанное на принципах научения вмешательство может предупреждать и лечить их. Поскольку когнитивный и поведенческий подходы часто пересекаются, их объединяют по названию когнитивно-поведенческой терапии (КПТ), хотя между ними есть существенные различия. Никакие разновидности КПТ не являются чисто когнитивными, но некоторые являются чисто поведенческими, — замечают авторы.

Далее на основе анализа работ с применением Опросника Депрессии А. Векс'а обсуждаются методологические стороны изучения эффективности КПТ и, в частности, принципы подбора групп и контекста (исследование проводящегося лечения или лечение в структуре исследования, вариативность по диагнозу и тяжести депрессии и т.д.). В дальнейшем обсуждении авторы опираются на работы, проводившиеся в клинической ситуации, где минимизирован эффект заинтересованных ожиданий исследователя.

Когнитивная терапия (КТ)

Созданная А. Векс'ом в начале 1960-х гг., КТ сегодня — наиболее эмпирически разработанное вмешательство. Векс исходил из того, что реакции на

жизненные события зависят от того, как человек их интерпретирует. Депрессия связана с иррациональными убеждениями и дизадаптивными стратегиями переработки информации. Соответственно, цель КТ при всем многообразии ветвящихся от нее подходов — научить пациента распознавать эти иррациональные верования и дизадаптивные стратегии и контролировать свои убеждения и реакции. КТ часто инкорпорирует поведенческие техники, имеющие фоновый, служебный характер. Даже при использовании поведенческих экспериментов в ее структуре пациент не собственно переделывает поведение, а использует его в качестве контроля своих когнитивных стратегий. Подчеркивается, что КТ ставит реализм на место оптимизма: задача не в том, чтобы пациент начал “думать счастливые мысли”, но в том, чтобы он достиг возможности исследовать свое поведение и восприятие мира.

В одном из исследований было показано, что КТ в фазе работы с острой депрессией уступает по эффективности медикаментозному лечению тяжелых депрессий, и это определило подход Американской Психиатрической Ассоциации к выбору лечения (2000). Однако, примерно 2/3 исследований находят, что эффективность КТ при тяжелых депрессиях по крайней мере не уступает эффективности антидепрессантов. Оценки такого рода сложны, так как всегда сохраняется вопрос о качестве применения того или иного лечения — будь оно психотерапевтическим или медикаментозным. Данные о меньшей эффективности КТ, как полагают авторы, связаны с тем, что не все психотерапевты в состоянии адекватно использовать ее и степень неадекватности нарастает по мере увеличения тяжести депрессии.

Данные о лечении по выходе из острой фазы и поддерживающем лечении показывают, что КТ, IPT и психофармакотерапия одинаково эффективны. Эти данные получены в том числе и при лечении пациентов со склонностью к повторным обострениям депрессии.

Имеет ли КТ проспективный эффект, сохраняющийся и по прекращении лечения? Частота обострений депрессии по прекращении КТ в два раза меньше, чем по прекращении медикаментозного лечения, и проспективный эффект КТ не уступает эффекту продолжающейся медикаментозной терапии. В работе G. Fava с соавт. (1998) 40 пациентов были выведены из депрессии медикаментозно, а затем случайно распределены в группы, пользующиеся 1) психиатрической поддержкой и 2) КТ, а антидепрессанты всем отменены. Двухлетнее наблюдение показало, что в первой группе заметное уменьшение числа пациентов без депрессивных симптомов было отмечено почти сразу по прекращении лечения, к 30-ти неделям депрессии обострились у 20 %, а к 80-ти неделям — у 80 % и на этом уровне стабилизировались в последующие 30 недель наблюдения. Во второй группе первые ухудшения возникли примерно на 40-ой неделе, затем на протяжении 30-ти недель депрессивные сим-

птомы появились примерно у 25 % и далее ухудшений не наблюдалось вплоть до конца наблюдения.

Возрастает ли эффективность при использовании комбинированной терапии (КТ + антидепрессанты)? В лечении острых депрессий отмечается возрастание эффективности на 10–20 %. И все же комбинированное лечение имеет смысл: медикаменты “работают” быстрее, а КТ имеет больший перспективный эффект. Оно полезно в лечении пациентов с хроническими формами депрессии. Заключение авторов об эффективности КТ в стационарных условиях достаточно осторожно: она может быть полезным дополнением к медикаментозной терапии, но вопрос о самостоятельной ее эффективности остается открытым.

Поведенческая терапия (ПТ)

Подходы и методы в ее пределах очень разнообразны. Ранние подходы опирались на представление о депрессии как следствии недостаточности позитивных поощрений (positive reinforcement) из-за средовых проблем или недостаточности навыков коммуникации. Вмешательство предполагало контроль обстоятельств, тренинг социальных навыков, включая уверенность в себе, разрешение проблем и тренинг самоконтроля. В ходе клинических проверок (хотя они не были столь масштабны, как в отношении КТ) ПТ показала себя почти такой же эффективной, как другие методы психотерапии, и более эффективной, чем малые дозы лекарств.

Сравнение разных и, нередко, противоречивых оценок эффективности затруднено довольно широкой вариативностью ПТ, с одной стороны, и разнообразностью клинических групп, с другой. Так, в двух работах оценивалась эффективность поведенческой супружеской терапии (ПСТ) в лечении депрессии. O’Leary и Beach (1990) работали с группой пациентов с семейным дистрессом — они считают ПСТ столь же эффективной, как КТ. Jacobson с соавт. (1991) показали, что ПСТ так же эффективна в снижении депрессии, как КТ, у пациентов с семейным дистрессом, но менее эффективна в лечении пациентов без супружеских проблем. Сравнение исследований показывает, что ПСТ более эффективна в снижении семейного дистресса, чем стандартная КТ. Но сводима ли эта разница только к различиям ПСТ и КТ? Например, IPT более эффективна в снижении супружеского дистресса, когда проводится с обоими супругами, чем при индивидуальной работе с каждым из них (Foley с соавт., 1989).

Отдельно рассматриваются возможности КПТ в работе с пожилыми пациентами, детьми и подростками, в лечении дистимии и биполярного расстройства. При последнем, в частности, практически никто не рекомендует изолированную ПТ, рассматривая ее как важное дополнение медикаментозной терапии.

Заключая обсуждение КПТ, авторы подчеркивают ее большую лечебную эффективность и перспективные эффекты по окончании лечения по сравнению с

психотропными средствами в случаях, когда психотерапевт имеет необходимый опыт и депрессия не достигает очень большой тяжести. Несомненным достоинством КПТ является отсутствие побочных эффектов. Особенно впечатляют данные об эффективности КПТ в предупреждении обострений, а также сведения о том, что применяемые во взрослой психиатрической клинике когнитивно-поведенческие методы снижения риска обострений могут снижать риск дебюта депрессии у детей и подростков. При этом даже самые успешные методы не гарантируют полного отсутствия обострений у всех пациентов и далеко не всегда способны повлиять на глубокие причины депрессии. Однако, наличие проспективных эффектов КПТ оставляет такие возможности открытыми.

Супружеская и семейная терапия

Супружеские и семейные проблемы — очень частые спутники депрессии, могущие быть ее триггерами и осложнениями.

Традиционные методы супружеской и семейной терапии используются широко, но исследованы они сравнительно мало. Friedman с соавт. (1975) показали, что в лечении женщин с депрессией и супружеским дистрессом медикаментозное лечение было более эффективно в снижении острого дистресса, тогда как супружеская терапия — в улучшении качества отношений. О других исследованиях, подтверждающих преимущества лекарственного лечения перед семейной и супружеской терапией авторы не сообщают.

Семейные образовательные программы предназначены для предоставления пациентам и членам их семей информации о депрессии и других расстройствах, способах защиты от нежелательных эффектов болезней. В приложении к депрессии это имеет достаточно важный смысл, так как депрессивные люди часто вызывают враждебные реакции окружающих, переживание которых усиливает депрессию. Эффективность образовательных программ у женщин выше, чем у мужчин.

Фокусированная на семье терапия — FFT (Family-Focused Therapy) предложена в конце 1990-х г.г. для лечения биполярного расстройства и исходит из того, что семейные/супружеские отношения модулируют проявления биологической предрасположенности к депрессии. На 1-ой стадии пациентов и родственников снабжают информацией о биполярном расстройстве, учат распознавать его признаки и формируют план предупреждения обострений. 2-ая стадия посвящена развитию коммуникативных навыков с акцентом на активном слушании и обеспечении позитивных обратных связей. На завершающей 3-ей стадии пациент и семья обучаются распознаванию и разрешению специфических семейных проблем с тем, чтобы усиливать чувство общности/сотрудничества и ослаблять эмоциональные конфликты. Проводится FFT в комбинации с лекарственным лечением.

Мне представляется, что семейные образовательные программы и FFT можно без особых натяжек срав-

нить с лекцией, ориентированной на обучение, и воркшопом, соединяющим в себе обучение и научение. Два больших исследования Miklowitz с соавт. (2000) подтверждают роль психообразовательных программ и FFT, в частности, в снижении вероятности обострений биполярного расстройства и вызываемого ими у членов семьи стресса.

В **Заключении** авторы касаются нескольких важных проблем.

Они сравнивают депрессию с такими заболеваниями как диабет и гипертония, при которых, в отличие от инфекционных болезней, шансы на полное излечение достаточно призрачны: только около половины пациентов с депрессией реагируют на лечебное вмешательство и только около трети действительно достигают уровня ремиссии. Пациенты, не отвечающие на один вид вмешательства, могут реагировать на другой или на сочетание разных видов. Поэтому, хотя депрессия и поддается лечению, целесообразно ориентироваться на долгий терапевтический процесс, позволяющий убедиться, что депрессия не возвращается.

Слишком немногие пациенты имеют доступ к лечению с подтвержденной эффективностью. Депрессия, особенно на уровне первичных медицинских служб (общая практика) часто остается нераспознанной. Не всегда легко получить достаточную информацию о возможности получения компетентного лечения. Назначения антидепрессантов врачами общей практики часто страдают от недостаточно точного выбора препаратов и неадекватных дозировок. Вместе с тем, психотерапия с подтвержденной эффективностью (как, например, IPT и FFT) распространена не очень широко и многие специалисты предпочитают более традиционные психотерапевтические подходы с неустановленной эффективностью. КПТ входит в моду в клинической практике, однако многие психотерапевты скорее используют ее название, чем действительно ее проводят.

Необходимо расширение доступа к эффективным видам психотерапии и большее внимание к изучению эффективности психотерапевтических методов. Наиболее важны, считают авторы, усилия по превенции обострений, опирающиеся на то, что люди могут осваивать ведущие к снижению риска стратегии.

Можно предвидеть, что подход авторов может вызвать неприятие у психологов, представляющих свою работу как альтернативу психиатрии, у психиатров и у приверженцев психотерапевтических подходов, по умолчанию отнесенных авторами к неподтвердившим свою эффективность. Но это уже относится к читателю, а не монографии, которая, на мой взгляд, является примером непредвзятого, вдумчивого и открытого подхода к такой серьезной и распространенной проблеме как депрессия. По крайней мере, мне она показалась интересной и с практической, и с исследовательской точки зрения.

На совещании главных психиатров страны и Президиуме правления РОП

Одной из весьма актуальных тем профессиональной общественной жизни последних нескольких месяцев оставалось обсуждение подготовленного законопроекта "О внесении изменений и дополнений к закону РФ "О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании", первое слушание которого в государственной Думе, запланированное на 10 сентября 2003 г., не состоялось в связи с массовыми выступлениями различных гражданских организаций и СМИ, особенно антипсихиатрической "Гражданской комиссии по правам человека", и перенесено на весну следующего года.

Возражения НПА России к законопроекту, опубликованные в 3-ем выпуске Независимого психиатрического журнала и широко обсуждаемые в региональных центрах НПА, стали достоянием более широкой аудитории: они были размещены в Интернете (www.polit.ru), обсуждались в интервью Ю. С. Савенко в "Российской газете" (16.10.2003) и других изданиях, звучали на радио "Свобода" (17.09.2003, Александр Подрабинек, Юрий Савенко). Кстати, радиостанция "Свобода", известная своей взвешенной позицией и всесторонним обсуждением актуальных тем, пригласила на дискуссию и наиболее активных разработчиков законопроекта — профессоров В. П. Котова, В. А. Тихоненко и И. Я. Гуровича, однако ни один из них не нашел времени, чтобы выступить на эту тему перед широкой аудиторией в прямом эфире. Во время передачи, которая сопровождалась звонками радиослушателей, у стен Государственного Центра социальной и судебной психиатрии им. Сербского пикетировали антипсихиатры, протестующие против изменения законодательства в области психиатрии. Словно зная только это последнее, на состоявшейся в Москве 2 – 4 октября Всероссийской конференции в приветственных словах заместителя министра здравоохранения и председателя РОП прозвучали одобрение и поддержка законопроекта и осуждение его "безответственных критиков". Однако короткого выступления д-ра Ю. С. Савенко на следующий день на совещании главных специалистов оказалось достаточно, чтобы большинство присутствующих присоединились к его требованию продлить обсуждение законопроекта. *Общероссийский мониторинг положения пациентов психиатрических стационаров в 93 психиатрических больницах 61 региона страны, впервые проведенный силами Мо-*

сковской Хельсинкской группы и НПА России, подтвердил безотрадную картину, представленную в трехтомной монографии главного психиатра МЗ РФ Б. А. Казаковцева, которую, видимо, мало кто прочел. Для нас мониторинг открыл глаза на то, что главной причиной критического положения психиатрической службы, треть капитального фонда которой с 2000 г. не подлежит эксплуатации, является грубое недофинансирование. И в этих условиях законопроект резко снижает гарантии именно финансирования (ст. 17)! Причем это изменение было проведено кулуарно. Присутствовавшая на совещании акад. Т. Б. Дмитриева быстро овладела ситуацией: "Я не знала этого", "конечно, это недопустимо" и т.п.

И вот спустя 2 месяца, 4 декабря 2003 г., на заседании Президиума Правления РОП был заслушан доклад представителя комиссии по разработке законопроекта от Центра социальной и судебной психиатрии им. Сербского проф. В. П. Котова, который обрушился на "безответственных правозащитников" и прессу, использовавших "утечку" информации о предстоящих парламентских слушаниях, чтобы помешать им. Вместо содержательного обсуждения существа предлагаемых изменений и дополнений, а также возражений НПА, проф. Котов просто еще раз повторил текст статей законопроекта, которые Ассоциация критиковала, утверждая, что они не нуждаются в коррекции. Единственным выступившим по этому докладу был д-р Савенко. *"Обратите внимание, — сказал он, — что информацию о законопроекте Президиум Правления РОП заслушивает не до, а после того, как должны были проходить первые парламентские слушания. Это само по себе нонсенс, ведь законопроект разрабатывается уже пять лет и уже представлялся на парламентские слушания в 2001 г. Заслуга того, что вы заслушиваете результаты работы комиссии по разработке законопроекта, принадлежит тем самым правозащитникам, которые были названы "безответственными". По-вашему правозащитники и пресса не должны обсуждать законопроект? Но ведь он касается всех граждан. И правосознанием простых граждан нельзя пренебрегать. Почему вы возмущаетесь "утечкой" информации? По-вашему парламентские слушания должны быть кулуарными? Наконец, можно ли всерьез обсуждать законопроект, да еще сразу весь, на слух, в неподготовленной аудитории, которой не розданы*

сравнительные тексты прежней и новой редакции статей Закона? Совершенно необходимо совместное обсуждение законопроекта нашими обществами до выставления его на парламентские слушания. При этом необходимо помнить о приоритете международного права, чтобы — как показало дело Ракевич в Европейском суде по правам человека — наш закон не выглядел анахроничным. А ведь изменения и дополнения, против которых мы возражаем, идут в прямо противоположную сторону от подписанных Россией международных конвенций”. Никто не смог возразить этому

эмоциональному выступлению, и было принято решение о продолжении обсуждения законопроекта. Кроме того, на Президиуме обсуждалось подготовленное НПА России письмо генеральному прокурору РФ и мэру Москвы по поводу одного из последних распоряжений правительства Москвы о проверке списков присяжных заседателей на предмет их “психиатрической благонадежности” (см. раздел “Психиатрия и право” настоящего выпуска). Президиум правления РОП принял решение поддержать обращение НПА России

Конференция гражданских организаций, юбилей Российского исследовательского центра по правам человека

26 – 28 октября 2003 г. в Москве состоялась представительная Всероссийская конференция гражданских организаций, посвященная анализу резкого ухудшения внутривластной ситуации в стране для правозащитных и демократических сил. Конференция была созвана по инициативе Всероссийского движения “За права человека” и Московской Хельсинкской группы.

Такие конференции — отражение активности формирующегося в России гражданского общества, участия граждан в социальной жизни. Гражданское общество — это не политические партии и движения, здесь нет тех, кто стремится к власти, здесь собираются просто активные граждане, самоидентифицирующие себя как граждане России, которые хотят и готовы влиять на судьбу страны. Конференции гражданских организаций обычно отличаются чрезвычайно высокой активностью участников, актуальностью заявленных тем, живыми и горячими обсуждениями, гибкостью регламента и вниманием к участникам. Здесь все на равных, здесь всегда есть время для обсуждения, здесь не “подводят черту”, пока не высказалось большинство желающих, здесь не только говорят, но и слушают, здесь согласовывают резолюции и далеко не всегда принимают окончательные документы, поскольку полагают, что важно прояснить позиции, а не проголосовать за какой-то призыв или вывод.

В соответствии с этими принципами и была организована данная конференция. В первый день параллельно работали 10 секций, где обсуждались связи гражданского общества с правозащитным движением и профсоюзами, отношение гражданского общества к проблемам миграции, репатриации и борьбы с ксенофобией, к проблемам армии и военной реформы, связи гражданского общества со СМИ, отношение гражданского общества к проблемам Чечни, выборам и

власти, местному самоуправлению и административной реформе, проблемам семьи и детства, взаимодействие гражданского общества с судебной системой. На этой последней секции обсуждались правовая ситуация в сфере психиатрической помощи и проблема гражданского контроля. Активное участие в обсуждении приняли президент НПА России Ю. С. Савенко и вице-президент проф. Б. Н. Пивень из Барнаула. На второй день ведущие секций подводили итоги этой работы на пленарных заседаниях при активном участии многочисленных делегатов конференции. В резолюцию конференции были внесены предложения по психиатрии в редакции НПА России (см. ниже).

Конференция завершилась откровенной беседой с лидерами демократических партий Б. Н. Немцовым и Г. Я. Явлинским, которые приехали специально, чтобы пообщаться с правозащитниками.

29 октября 2003 г. итоги своей 10-летней деятельности подводил Российский исследовательский центр по правам человека, членами которого, наряду с Независимой психиатрической ассоциацией России, являются: Союз комитетов солдатских матерей России, Фонд “Право матери”, Московская Хельсинкская группа, Центр содействия реформе уголовного правосудия, региональные общественные организации “Право на жизнь и гражданское достоинство”, “Право ребенка”, “Движение без границ”, “Международное ненасилие”, “Лига помощи инвалидам”, а также межрегиональная организация “Информационная правозащитная сеть”, создавшая и вот уже много лет поддерживающая самый информативный и часто посещаемый правозащитный портал “Human rights online” (www.hrgo.ru). Содружество правозащитных организаций, каждая из которых является независимой и работает по своим собственным планам и проектам, существует уже более 10 лет, в первую очередь, бла-

годаря тому, что доказало свою эффективность. Лучшее отражение того — совместные проекты и программы групп — членов Центра. Исполнительный директор НПА России Л. Н. Виноградова в своем выступлении показала на конкретных примерах, как осуществляется сотрудничество Ассоциации с различными организациями, входящими в Центр, насколько продуктивным оказывается такое взаимодействие. *Вместе с “Правом ребенка” НПА помогает молодым людям, безосновательно оказавшимся в психоневрологических интернатах, начать борьбу за начало самостоятельной жизни: за получение квартиры, устройство на работу, иногда — создание семьи. Консультации и заключения профессионалов-психиатров, с одной стороны, помогают молодым людям отстаивать свои права, а с другой — сдерживают активность правозащитников, порой чрезмерно расширяющих круг людей, которые смогут реализовать свое право на самостоятельную жизнь. Совместно с Фондом “Право Матери” НПА помогает родителям, потерявшим своих детей в армии. Известно, что одной из распространенных причин гибели молодых людей в армии является самоубийство. Такая причина смерти освобождает военное ведомство от ответственности, от выплат страховых сумм и компенсации за погибших, не дает возможности родителям получать соответствующую пенсию. Между тем, самоубийство в армии — это совсем не то, что в обычной жизни. Юноши лишают себя жизни, спасаясь от невыносимых условий существования, часто от грубого унижения и насилия. В подавляющем большинстве случаев можно говорить о доведении до самоубийства. И здесь профессиональная оценка актов посмертной психолого-психиатрической экспертизы, которая всегда проводится в таких случаях, часто помогает доказать в суде вину воинской части. Но даже, если не удастся выиграть дело, сам факт судебного разбирательства оказывает на военное начальство могучее действие, поскольку разрывает порочный круг безнаказанности, заставляет в открытом судебном заседании обсуждать проблему насилия и жестокости в армии,*

неуставных отношений, ответственности офицеров. Такое же действие оказывают доказанные в суде нарушения правил призыва, когда в армию призывают тех, кто по своему психическому здоровью служить не может и не должен. Программа “За честный справедливый призыв” осуществляется совместно с Союзом комитетов солдатских матерей России. С Центром содействия реформе уголовного правосудия НПА участвует в программе гуманизации мест лишения свободы, в первую очередь женских колоний. Недавно сотрудники НПА посетили женскую колонию, в которой содержатся женщины, совершившие особо тяжкие преступления. Примерно треть из них имеет выраженные психические расстройства, и администрация колонии озабочена высоким риском агрессивных и суицидальных действий. В решении этих проблем большую помощь могут оказать психиатры. Еще один пример продуктивного сотрудничества — участие НПА в многолетней программе Московской Хельсинкской группы по мониторингу соблюдения прав человека в регионах России. Последний мониторинг был посвящен соблюдению прав пациентов психиатрических стационаров. МХГ создала всероссийскую сеть правозащитных организаций по всей стране и подготовила их к сбору информации о нарушениях прав человека, написанию докладов, проведению мониторингов. НПА получила разрешение Минздрава, разработала совместно с европейскими экспертами инструментарий для проведения мониторинга, провела обучение правозащитников правилам поведения в психиатрических стационарах, донесла до них специфику проблемы прав пациентов с психическими расстройствами. В 61 регионе страны был проведен мониторинг, и в настоящее время заканчивается подготовка доклада, который будет распространен как у нас в стране, так и за рубежом. И, наконец, все группы Центра активно сотрудничают с “Информационной правозащитной сетью”, поставляя информацию для портала и одновременно расширяя свою аудиторию, привлекая внимание к своей деятельности и способствуя адекватной критической саморефлексии общества.

ПРЕДЛОЖЕНИЯ НЕЗАВИСИМОЙ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ АССОЦИАЦИИ РОССИИ В РЕЗОЛЮЦИЮ ВСЕРОССИЙСКОЙ КОНФЕРЕНЦИИ ГРАЖДАНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ

Основное демократическое завоевание отечественной психиатрии — Закон РФ “О психиатрической помощи...”, первый за всю ее историю, опоздавший на 80 лет, но сразу поставивший ее на передовой уровень, находится под непосредственной угрозой. Подготовленный законопроект “О внесении изменений и дополнений в Закон “О психиатрической помощи и гарантиях граждан при ее оказании” существенно

расширяет бесконтрольное применение недобровольных мер (ст. ст. 11, 24, 30, 32), возвращая нас к репрессивной психиатрии, и резко снижает уровень прописанных в нем гарантий, прежде всего, финансирования (ст. 17).

В связи с этим требуем провести Парламентские слушания с участием неправительственных организаций, работающих в сфере психического здоровья. В

настоящем виде законопроект настолько ухудшает Закон, что предпочтительно ограничиться технико-юридической редакцией и приведением в соответствие с новым российским законодательством.

Считаем необходимым:

1. Сохранить редакцию ст. 17 Закона “О психиатрической помощи” относительно финансирования психиатрической помощи “в размерах, обеспечивающих гарантированный уровень и высокое качество” и обеспечить ее исполнение.

2. Внести в ч. 2 ст. 16 дополнение, которое устранило бы основную причину атмосферы жестокости в психиатрических стационарах, а именно: Государство “обеспечивает заинтересованность в работе младшего медицинского персонала посредством использования ее в качестве формы альтернативной гражданской службы”. Необходимо сопроводить это соответствующим уточнением ФЗ “Об альтернативной гражданской службе: “Поручить Правительству РФ включить в Перечень работ, профессий, должностей альтернативной гражданской службы должность санитаря психиатрического стационара”.

3. Обеспечить исполнение ст. 38 о создании Службы защиты прав пациентов, находящихся в психиатрических стационарах”, которая является внутренней гарантией исполнения всего Закона. С этой целью внести в ст. 38 Закона “О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании” следующее дополнение: “Служба учреждается Указом Президента РФ под эгидой Уполномоченного по правам человека Российской Федерации и действует на основе Положения, утверждаемого Президентом РФ. Служба финансируется из федерального бюджета”. Внести также соответствующие дополнения в ФЗ

“Об Уполномоченном по правам человека в Российской Федерации”.

4. Срочно обеспечить выполнение данного Правительству РФ поручения от 2 июля 1992 г. о разработке и утверждении Положения о порядке и условиях государственного страхования врачей, иных специалистов, медицинского и другого персонала, участвующих в психиатрической помощи (во исполнение ст. 22 Закона о психиатрической помощи).

5. Дополнить ст. 18 частью 3: “Учреждения, оказывающие психиатрическую помощь, и общественные объединения, согласно своим уставам занимающиеся защитой прав граждан, вправе осуществлять защиту прав и законных интересов лиц, страдающих психическими расстройствами, в том числе в суде.

6. До разработки Закона “О негосударственной судебно-экспертной деятельности”, без которого осуществление независимой (состязательной) экспертной деятельности невозможно, необходимо срочно внести в ст. 41 ФЗ “О государственной судебно-экспертной деятельности в Российской Федерации” следующие дополнения: в название — “... лиц и организаций, не являющихся государственными судебными экспертами и государственными экспертными учреждениями; в текст — “... а также негосударственными организациями, имеющими в своем составе соответствующих специалистов”.

7. Необходимо усилить государственный контроль и внедрить общественный контроль за соблюдением действующего законодательства администрацией и персоналом психоневрологических учреждений для социального обеспечения и специального обучения.

Второй международный конгресс

ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ ЖЕНЩИН

Вашингтон, США, 17 – 20 марта 2004 г.

8213 Lakenheath Way, Potomac, Maryland 20854 USA

Tel: 301-983-6282; Fax: 301-983-6288

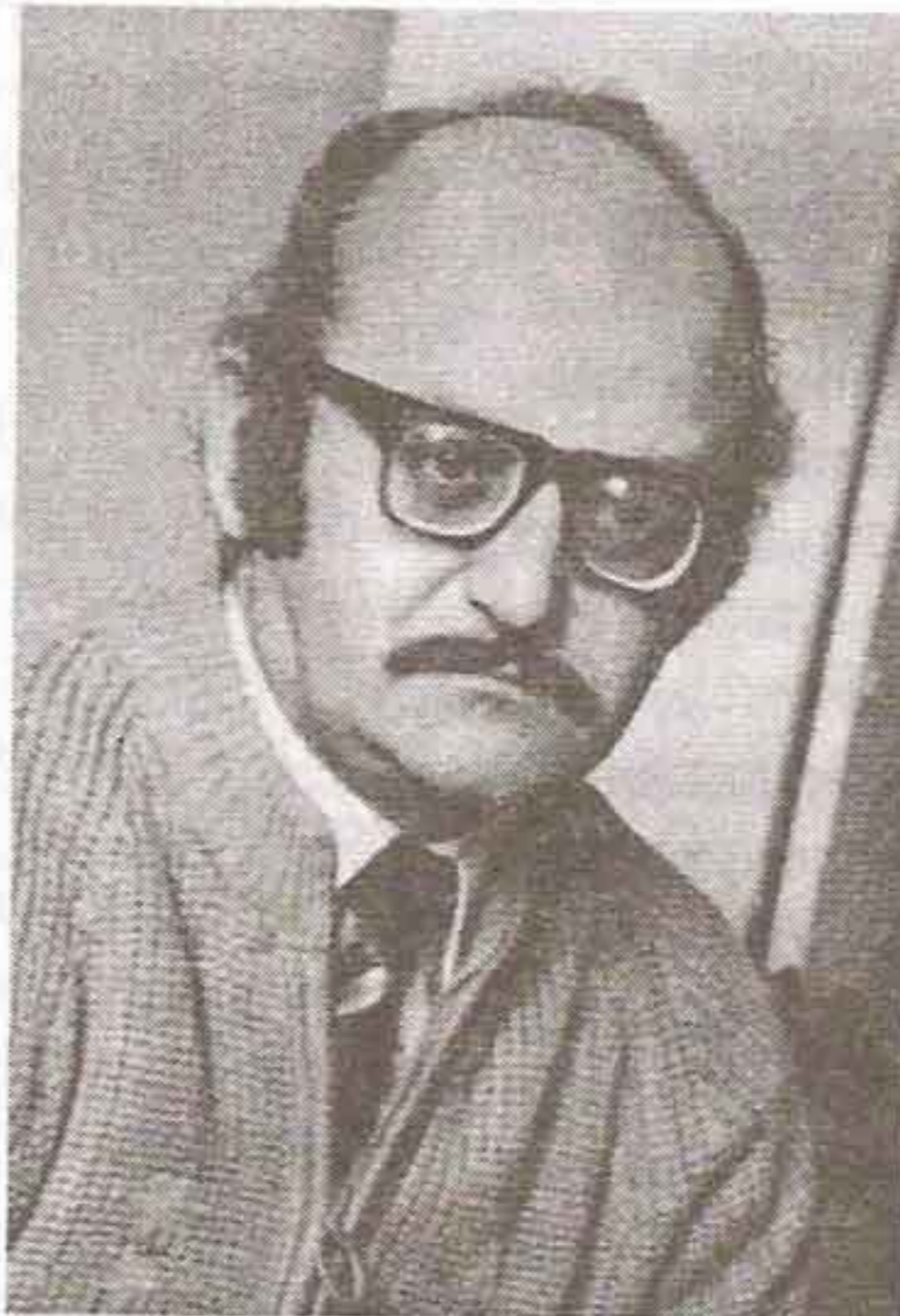
E-mail: IAWMH@aol.com; www.womenmentalhealth.com

Семен Григорьевич Зайцев (1935 – 2003)

Семен Григорьевич Зайцев — известный российский психиатр, ученый и клиницист, щедро и всесторонне одаренный природой человек, поэт и шутник, энтузиаст и труженик, преданный своей профессии и своим друзьям, глубоко порядочный человек, — теперь будет жить только в нашей памяти, в своих добрых делах и научных работах.

Семен Григорьевич родился в 1935 году в Киеве в семье сотрудников НКВД. Отец “пропал без вести” во время войны. Семья была в эвакуации в г. Энгельсе. Вернувшись в Киев, нашла свой дом в руинах и поселилась в селе под Киевом, а потом под Харьковом, где С. Г. окончил с золотой медалью сельскую школу, а затем — с отличием — Харьковский медицинский институт. Работал врачом психиатром психиатрической больницы Восточно-Казахстанской области, а с 1962 г. — в Московской областной психиатрической больнице № 2 им. В. И. Яковенко. Здесь, в Мещерском, он оказался в среде старой высококультурной свободомыслящей интеллигенции. Он обратил на себя внимание тем, как вел и докладывал больных. Усилиями консультировавшего в больнице Г. Я. Авруцкого Семен Григорьевич в 1966 г. был переведен в Московский НИИ психиатрии МЗ РСФСР, где в течение 22 лет являлся старшим научным сотрудником отдела психофармакотерапии психозов, будучи живым нервом всего отдела и генератором идей. В 1972 г. защитил кандидатскую диссертацию “Квантификация в фармакопсихиатрических исследованиях. Обоснование, опыт разработки и применения”. Это была работа, заслуживающая сразу докторской степени.

С. Г. принимал ведущее участие в создании математической модели оценки клинико-прогностических данных испытывавшихся препаратов и резистентности психически больных к этим препаратам, помогая в обработке первичных данных многочисленных диссертаций, включая самого Г. Я. Авруцкого, С. Н. Мосолова, В. В. Калинина и многих других. Эта грандиозная по охвату материала и множеству новаций работа по прогнозу в психиатрии планировалась им как докторская диссертация. Однако неподъемность замысла в тогдашних реальных условиях привели его в 1983 г. к тяжелому инфаркту сердца, вынудив отказаться от оформления диссертации. С таким инфарктом обычно не живут более двух лет, он прожил еще двадцать. С 1988 г. он — заместитель главного врача по медицинской работе Московской областной психиатрической больницы № 20 г. Долгопрудный. Здесь, несмотря на болезнь сердца, он, не щадя себя, приходил консультировать врачей в сложных случаях даже в выходные, разрешал звонить по ночам. Он работал до конца, несмотря на тяжелую глаукому и серьез-



ное снижение зрения. И здесь он не смог оставить научную деятельность, выпустил “Определитель шифров психических расстройств” (М., 1993).

С. Г. охотно и бескорыстно помогал всем, кто к нему обращался за советом, математической обработкой данных, переводом статьи.

С. Г. был эрудит и полиглот: он хорошо знал английский, немецкий, польский, неплохо — итальянский и французский и немного — японский.

Параллельно с клинической психиатрией С. Г. всегда, с семилетнего возраста, писал стихи, обычно шуточные, нередко выступал с ними в различных аудиториях, заслужив звание лауреата. Создавал разнообразные сценарии капустников, дружеские посвящения и шаржи в отношении коллег и самого себя.

При этом он был заслуженным изобретателем СССР, автором более 50 основательных научных публикаций по психиатрии.

“Трудный”, “неровный” характер не помешал ему иметь множество преданных друзей. С. Г. был отчаянный спорщик, горячо отстаивавший свои позиции, далеко не всегда ординарные: например, он всерьез воспринимал и защищал официальную идеологию. Обрушившиеся на него беды: тяжелую болезнь, вынужденный уход из Института, в который он не мог ездить из г. Долгопрудный, где постоянно жил, отказ от защиты докторской диссертации, крушение идеологии, в которую верил, он воспринял мужественно и достойно. Честный в науке, в своих убеждениях, в отношениях с людьми, он не мог обойтись без веры и в начале 90-х годов, изучив Тору, Коран, изложение буддизма и Евангелие, принял православие с такой же полнотой и преданностью как все, на чем останавливал свой выбор. Неоднократно, когда ему предлагали предать гласности многие разоблачительные факты, которые он досконально знал, факты, серьезно менявшие мифологизированную историю Института психиатрии, он категорически отказывался “как подлинный христианин”.

Мы гордимся, что такой человек, как Семен Григорьевич был активным членом Независимой психиатрической ассоциации России, а его публикация в нашем журнале (НПЖ, 2000, 3, 24 – 33) “Опыт пересмотра оценки результатов и показаний к применению терапии галоперидолом, стелазинном и их сочетаниями при шизофрении” является примером того, как преданность своему делу, вдумчивое тщательное исследование открывает новое в, казалось бы, рутинном — верный признак высокого творческого начала.

Ю. С. Савенко

Стихи А. С. Есенина-Вольпина

ПО УГЛАМ ЗАСНУЛИ МУХИ

По углам заснули мухи,
Жадно жрут их пауки;
Чинят кислые старухи
Пропотевшие носки;
Головой тряся плешивой,
Одноглазая в очках
Поднимает спор крикливый
О тринадцати рублях.
Говорит, как ведьма злая:
"Всякий воровать горазд!"
Ей в ответ твердит другая,
Что ни черта не отдаст
(Черный плат надет на стерве;
Весь в морщинах, рот обвис;
То ли сопли, то ли черви
По морщинам полились...).
Мальчик спит под образами;
Ничего не знает он,
И закрытыми глазами
Точно в книгу смотрит в сон.
...Одноглазые злодейки
Будто штопают носки,
А в углах — четыре змейки
Засыпают от тоски,
А снаружи — холод лютый,
И проходят стороной
Полулюди, полуспруты,
Все ломая за собой...
...Пожалели б хоть младенца,
Не кричите: он ведь спит! —
Так, сморкаясь в полотенце,
Пелагея говорит.
И к перстам прижатым пальцем
Перекрещивает плоть.
"Всем нам, грешникам-страдальцам,
Двери в рай открой, Господь!"
...Полотер огромной ложкой
Набивает рот пшеном,
И компания с гармошкой
Веселится под окном,
И на души всем страдальцам
Горько капает уют,
И дрожит под одеяльцем
Полумальчик-полуспрут.

Москва, I — 1941

ШИЗОФРЕНИЯ

... Я дождался конца болтовни докторов
И пошел к ней. Смеркалось.
Я вошел и сказал, что не буду здоров...
— Рассмеялась!
...Я ей все рассказал (был белей мертвеца),
От конца до начала, —
Рассмеялась, как будто иного конца
От меня и не ждала...
...А на улице тихо светила луна —
И не только поэтам:
В эту лунную ночь разыгралась война
Тьмы со светом, —
И она (если все это было во сне, —
Значит, сон лицемерил)
Говорила так долго, и все о войне...
Я молчал и не верил,
Что сжигают Варшаву, Париж и Москву
Ради стран или денег:
Просто бьется в припадке, кусая траву,
Великан-шизофреник.

IX — 1941

* * *

Вам придется сразиться со мной,
Гопода от науки!
Истошатся ваш праведный гной
И старинные трюки.
Вам придется запомнить слова
"Только в истине дело!" —
Но и это спасет лишь едва
Тех, чья мысль омертвела.
А в останки крадется зима
Через речи косые...
Я не знаю, где взять вам ума.
Может, в безднах России?
Ну а я за себя постою:
Мне ведь много не надо.
Среди тех, кого бил я в раю,
Вы — не первое стадо.
Я, нисколько не веря в себя,
Обреку вас на муки.
А пока что зову вас, любя,
"Червяки от науки".

Бостон, XI — 1977

- Л. А. Микешина.* Философия познания. Полемические главы. — М., 2002.
- Л. А. Маркова.* От математического естествознания к науке о хаосе // Вопросы философии, 2003, 7, 78 – 91.
- Георг Лукач.* История и классовое сознание. — М., 2003.
- Джон Дьюи.* Реконструкция в философии. Проблемы человека. — М., 2003.
- Борис Валентинович Яковенко (1884 – 1949).* История русской философии. — М., 2003.
- Поль Валери.* Взгляд на Декарта // Вопросы философии, 2003, 10, 157 – 166.

* * *

- А. Л. Штейн.* Дон Кихот — вечный спутник человечества. — М., 2002.
- М. М. Бахтин.* Собрание сочинений. Том 1. Философская эстетика 1920-х годов. — М., 2003.
- Джордж Оруэлл.* Лев и Единорог. Эссе. Статьи, рецензии. — М., 2003.
- Станислав Игнаций Виткевич.* Метафизика двуглавого теленка. — М., 2001.
- Михаил Эпштейн.* Предлог “В” как философема // Вопросы философии, 2003, 6, 86 – 95.
- Криста Эберт.* Семиотика на распутье. Достижения и пределы дуалистической модели культуры Лотмана/Успенского // Вопросы философии, 2003, 7, 44 – 54.
- Петра Хубер.* Иосиф Бродский: к вопросу возникновения автономного субъекта поэта // Ibid, 56 – 66.
- Никола Бонналь.* Толкиен. Мир чудотворца. — М., 2003.

* * *

- С. И. Гаврилова (ред.).* Болезнь Альцгеймера и старение. (К столетию проф. Э. Я. Штернберга) — М., 2003.
- О. К. Галактионов, В. В. Шорин.* Транскультуральная психиатрия (контуры, реальность и значимость медицинской практики в архаичных монголоидных этносах). — Владивосток, 2003.

* * *

- Патрис Генифе.* Политика революционного террора 1789 – 1794. — М., 2003.
- Владимир Иванович Бухарин.* Дни и годы. — М., 2003 (*Воспоминания младшего брата Николая Бухарина*).
- В. Г. Макаров, В. С. Христофоров.* Пассажиры “философского парохода” (судьбы интеллигенции, репрессированной летом — осенью 1922 года) // Вопросы философии, 2003, 7, 113 – 137.
- В. К. Кантор.* Русское православие в имперском контексте: конфликты и противоречия // Ibid, 3 – 22.

* * *

- Н. В. Гоголь.* Мертвые души. Иллюстрации Марка Шагала. — М., 2004.
- Дмитрий Пригов, Сергей Шаповал.* Портретная галерея Д. А. П. — М., 2003.
- Рут Мартон.* Э. М. Ремарк: “Береги себя, мой ангел!” (интимный портрет писателя). — М., 2001.

On Nature and Systematization of Depressive Syndromes

Yu. S. Savenko

The criticism of classical differentiation of anguish and anxiety syndromes is connected with the study first of all the mixed anxiety-depressive syndromes, which are more widely spread. That has led to the idea that they are variations of the same type. The research based on separate study of rare monomorphic types, namely the classical melancholic syndrome and anxiety syndrome allows

to substantiate existence of two independent dimensions: "animation — reduction" (from maniacal to melancholic) and "stable — unstable" (from anxiety to apathetic). This makes it possible to find clear taxonomic place of various combined and mixed syndromes. Such more differentiated approach in a greater degree corresponds to reality and leads to important practical conclusions.

21st Century Psychiatry: "Demedicingization" is on the Agenda

V. V. Motov

The change in the allocation of functions among American psychiatrists, psychologists, psychiatric social workers began almost 50 years ago. The room for psychiatrists in psychiatry has been getting lesser. The non-medically trained psychologists and psychiatric social workers are getting more and more influential in mental health system. Psychiatry is losing its medical entity, getting "demedicingized". The author analyzes

causes, identifies forces behind the process, impact of the legal system, medical insurance system and managed care organizations, mental health professionals on this trend, scrutinizes the causes of this first success of American psychologists in their legislative efforts to gain prescription privileges, evaluates actual situation in the American mental health system, impact on the Russian psychiatry.

Legislation on Inpatient Civil Commitment in Russia and in the United States

O. V. Lapshine

Legislation in the field of inpatient civil commitment is one of the critical points in the protection of the rights of mentally ill people. The goal of this article is to compare the laws on civil commitment in the USA and Russian Federation, concentrating on their disputable points and resources for improvement of the Russian legislation.

The author analyses the general principles of the mental health law in two countries and shows that in spite of the different legislative traditions and social conditions, the laws of the United State and Russian Federation in the field of civil commitment look rather similar. Concerning the US legislation, the significant influence of the Constitution on juridical practice and the great role of the court in hospitalization of even dangerous psychiatric patients are discussed. Russian legislation has no legal definition of mental disorder, and it makes difficult to treat psychiatric patients with substance abuse. It would be advisable to

specify the idea of "substantial harm to the patient's health", that is used in article 29 of the Law of the Russian Federation *On Psychiatric Care and Guarantees of Citizens' Rights in Its Provision*, that permits involuntary hospitalization on the ground of substantial health harm if the patient is not given psychiatric care. The order of Ministry of Health Care of Russian Federation *On psychiatric ambulance care* has very dubious statements concerning involuntary hospitalization, which actually abrogates provisions of the law "On Psychiatric Care and Guarantees of Citizens' Rights in Its Provision". The author makes a conclusion that the Law of the Russian Federation *On Psychiatric Care and Guarantees of Citizens' Rights in Its Provision* is modern and as a whole meets international standards. Improvement of this law should go only in the direction of clarifying its standards.

The First Russian Case on Involuntary Hospitalization in the European Court for Human Rights¹

L. N. Vinogradova, Yu. S. Savenko

The deep flaws in Russia's psychiatric system revealed in a landmark case in the European Court of Hu-

man Rights are symptomatic of a broader malaise within Russia.

The European Court of Human Rights in Strasbourg in October 2003 made its first ever ruling on a psychiatric case from Russia. In the end, in the case "Tamara

¹ This edition of the article (in Russian) was placed on the site: www.hro.org.

Rakevich versus Russia," it ruled in favor of Tamara Rakevich, a patient who had been hospitalized against her will and was then held in gross breach of Russia's own laws. It was a case that was far from sensational. Indeed, it was very representative.

The case was in brief as follows:

On 26 September 1999, Rakevich, a middle-aged woman from Yekaterinburg, was admitted against her will to a psychiatric clinic. The paramedics who took her in had been called out by a friend of hers, a Ms. M, with whom Tamara had had a long debate about the Bible the day before. Ms M. said it had been difficult to establish any contact with Rakevich, who had been overly excited. She felt Rakevich posed a danger to herself and to others. The paramedics and staff in the clinic recorded similar views when they admitted the new patient. Tamara claims she was not aggressive. The panel of doctors that met within the next 48 hours declared the clinic's treatment reasonable, made a preliminary diagnosis of paranoia, and sent the necessary documents to court. Against her will, Rakevich was medicated immediately after she entered the clinic.

Under Russian law, the district court was supposed to review Rakevich's admission within five days. But when the court finally convened, it was already 5 November, almost 40 days after Rakevich was hospitalized. The court ruled that her admission was legal and that her treatment should continue.

The decision was based on the conclusions of the panel of doctors that had originally reviewed Tamara's case when she was admitted to the clinic. However, neither Rakevich nor her attorney had access to the doctors' conclusions. The court had also taken into consideration testimonies from Tamara's work colleagues who said that it had been extremely difficult to work with Rakevich of late and that she had constantly filed complaints and accused her colleagues of having preconceived ideas. The main witness of Rakevich's abnormal behavior her friend M., with whom she had had a heated religious argument that directly preceded her hospitalization was not invited to court. The court notified neither Rakevich nor her attorney about its ruling. On 11 November, Rakevich appealed against the decision.

A regional court dismissed her appeal on 24 December 1999. It did, though, acknowledge that the grounds for Rakevich's involuntary treatment had disappeared. It was a decision that had little relevance: Rakevich had already been discharged from the clinic.

In 2000, with the help of lawyers from a regional non-governmental organization Sutyazhnik, Rakevich appealed to the European Court of Human Rights (ECHR), which took up the case.

In January 2002 Rakevich insisted on an examination by a specialist from the Independent Psychiatric Association of Russia. Its specialists did not find signs of psychotic disturbance, but could not express any opinion about her hospitalization in September 1999 since they did not have access to her medical records. When, with Rakevich's consent, the Association requested access to

her records, the head of the clinic, Dr. Treschilov, answered that he had "no right to send a copy" from her clinical record.

Under Russian law, public organizations assisting in psychiatric cases can monitor whether human rights are being observed; citizens have a right to study their medical documents and receive copies of the medical records; and medical authorities can, with a patient's permission, pass medical secrets to a third party.

On 7 October 2003 the European Court on Human Rights ruled that Rakevich's human rights had been abused, and instructed the Russian government to pay her damages totaling 3,000 euros.

Rakevich's case is in every respect typical. Moreover, cases such as hers are so typical that they arouse no protest from the professional community, since there are other, more gross violations to be concerned about. Stories such as hers occur every day across the country. Yekaterinburg is the first city where well-versed lawyers were able not only to defend the human rights of a person suffering from a psychotic condition inside Russia, but also to organize an international defense.

Throughout the country and even in Moscow and Saint Petersburg, courts ignored the law on the treatment of psychiatric cases in 1999. It is no coincidence that the first special report written by Oleg Mironov, Russia's human-rights ombudsman, was about how the rights of people with psychiatric conditions are observed. His report specifically stated that "patients often spent more than a month in the hospitals without a court decision."

The situation has changed greatly since then, but human-rights monitors who visited psychiatric hospitals in May and June 2003 found that there are still regions where the courts do not keep to the legal timelines for cases of involuntary hospitalization, and where court proceedings grossly breach the law. Sometimes cases are, for example, held without a prosecutor, the patient, or his legal representative being present. (These regions include Penza, Astrakhan, Perm, Karelia, Kalmykia, Buratia, Krasnodar, Krasnoyarsk, and Khabarovsk to name just a few.)

Involuntary patients are not given copies of court decisions; in effect, they are given no chance to appeal on time.

In the overwhelming majority of regions, neither patients nor their attorneys are able to see their medical records. Monitors found that all medical records are kept secret from patients in at least 70 percent of all Russian hospitals. The records are released only when requested by a court, a prosecutor's office, or the top organs of the medical profession.

Court hearings on involuntary hospitalization usually finish swiftly: the courts simply affirm the conclusions reached by psychiatrists about the need for hospitalization. Not only do not call witnesses for the patient, but they also make their rulings in the absence of the patient's legal representative and sometimes even in the absence of the patient.

Only 1 – 2 percent of all cases are ever overturned.

The courts do not want to explore the fine points of every case and base their decisions solely on conclusions

made by the panel of psychiatrists at the clinic directly involved in that particular case. Many judges in practice refuse to consider all sides of a case of involuntary hospitalization, referring to their lack of knowledge of psychiatry. "In any case, we don't understand anything about this; we trust the doctors" is their rationale. Under Russian law, it is for a psychiatrist to decide whether someone has a psychotic disorder and needs treatment. But it is the prerogative of a court to rule (within five days of hospitalization) whether a person can be treated against his or her will.

The trial in the European Court of Human Rights has highlighted the flaws in the system of involuntary hospitalization in Russian psychiatry.

Russian government representatives concentrated their efforts on trying to prove that Tamara Rakevich had been severely ill at the point of admission and posed an immediate danger to herself and to others. The European Court accepted the arguments about her illness, but found there had been violations both of Russian and international law.

The state's responses to the plaintiff's complaints were very characteristic. Its representative accepted there had been a delay in hearing Rakevich's case but argued that the delay had not harmed the patient's health. It would seem, then, that health is understood as something purely biological; the issue of constraining an individual's freedom against his or her will is not a matter for consideration.

Explaining why Rakevich and her attorney were not given a chance to study the conclusions of the panel of psychiatrists, the Russian government's representatives argued that the information could have aggravated her condition and that, by the nature of her illness, she could not interpret those records correctly.

As to the why Rakevich's demands for M. to be invited as a witness were disregarded, a government representative said there had been no reason to call her as "M is not a psychiatrist and her statements would not add anything essential." This argument ignores the requirement that involuntary hospitalization must also have a non-medical justification.

The ECHR's decision has taught Russian psychiatrists and the judicial system a good lesson. Although it was the court system that was found guilty in this case, the psychiatrists were also found wanting. It was they who were *de facto* accused of illegally treating a person for several weeks. In a situation like this, they were supposed every five days to submit documents to the court about Rakevich's involuntary hospitalization.

Additionally, the trial demonstrated that Russian law, which some psychiatrists criticize as being unnecessarily democratic and limiting their ability to cure patients, falls far short of complying with international standards as it does not offer patients who have been sectioned against their will to call a tribunal themselves. Only the hospital can turn to a court to request hospitalization; patients do not have the corresponding right to request their release.

The ECHR's decision, which is crucially important to Russian psychiatry, has received almost no coverage in

the Russian media and has yet to be analyzed by the psychiatric community itself.

This reflects the regression in Russian psychiatry since 1995. Another huge step backward is likely soon. In October 2003, a draft law on psychiatry that sharply reduces the rights of patients and independent watchdogs as well as the role of tribunals, had its first reading in the Duma, Russia's parliament. This law, if passed, would:

- remove restrictions on testing new medical treatments and methods on severely sick patients;
- limit judicial involvement in cases where forceful measures are used;
- revoke doctor's sanction for using physical constraints on patients;
- limit the rights of non-governmental organizations;
- bring down guarantees of financing of psychiatric system.

The Independent Psychiatric Association of Russia (IPA) has a very different position founded on its fundamental disavowal of police methods in psychiatry. In effect, it disavows methods that see the main task of psychiatry as being to defend society and the government from the mentally ill, rather than to improve the health of patients themselves and protect them from abuse.

Protests from the public are unwelcome in the run-up to parliamentary elections this December and presidential elections in March 2004. Discussion of the bill has therefore been postponed until spring 2004.

The IPA has presented its recommendations and has demanded preliminary parliamentary hearings about the bill. However, there is little hope that the ECHR's decision and even the acknowledged primacy of international law will make Duma deputies abandon the "police state" amendments to the law on psychiatric assistance. The current in the opposite direction is simply too strong.

For instance, an IPA initiative that calls for the use of competing expert views has been strangled for 14 years by the unlimited monopoly of the odious Serbsky State Center for Social and Forensic Psychiatry. In breach of current legislation, the Ministry of Justice has threatened to revoke the IPA's registration if it does not remove from its statutes a clause about independent expertise. The same ministry had earlier approved the statutes.

This pressure comes despite many examples that make clear why it is essential to have independent assessments. One such example is the case of Colonel Budanov, who was only recently sentenced for the murder of a Chechen girl after claiming for years, with the support of rulings by the Serbsky Institute, that he had been in the grip of psychosis at the time. In the Budanov case, which has almost become a Russian version of 19th-century France's Dreyfus case, it is only the IPA that has acted in a way that upholds the reputation of the psychiatric profession, a profession that is now completely dependent on the state.

The processes underway in Russia's psychiatric profession are a direct expression of general trends within Russia as a whole. And they require the international community to constantly be on the alert and to be responsive.

At the Conference of the Russian Chief Psychiatrists and at the Session of the Russian Society of Psychiatrists Board

Discussion on prepared draft of a bill "On Changes and Supplements to the Russian Federation Law on Psychiatric Care and Guarantees of Citizens' Rights in Its provision" has remained one of the most urgent themes of professional community life in the last months. The first hearing of it in the State Duma planned for September 10, 2003 didn't take place due to mass protests of various non-governmental organizations and the mass media, first of all antipsychiatric organization "Civil Commission for Human Rights", and was adjourned till spring of next year.

The objections of the IPA of Russia to the draft of a bill published in the third issue of Independent Psychiatric Journal and widely discussed in the IPA regional centers have obtained more wider audience: they were distributed in Internet (www.polit.ru) and were touched upon in the interview of Yu. Savenko in Rossiyskaya Gazeta (16.10.2003) and other editions and were heard live over Radio Liberty (17.09.2003) with participation of Alexander Podrabinek and Yuri Savenko. By the way, Radio Liberty, which is famous for its considered stand and comprehensive discussion of urgent items, had invited to the dispute the most active authors of the draft professors V. Kotov, V. Tikhonenko and I. Gurovitch. However, neither of them has found time to speak before wide audience live on radio. At the time of the transmission, accompanied by telephone calls of radio listeners, at the entrance to the Serbski State Center of Social and Forensic Psychiatry picketed antipsychiatrists protesting against changing legislation in the field of psychiatry. As if in possession of that information at the All-Russian conference held in Moscow on October, 2 – 4, the Deputy Health Minister and the RSP Chairman in their speeches of greetings approved and supported the draft of the bill "On change and supplements to the Law "On Psychiatric Care" and condemned its "irresponsible critics". However, next day brief speech of Dr. Yuri Savenko at the conference of chief specialists was enough to make majority of the audience to support his demand to prolong discussion of the draft. The All-Russian monitoring conditions of patients of 93 mental hospitals in 61 regions of the country, conducted for the first time by the Moscow Helsinki Group and the IPA of Russia, has confirmed dismal picture described in three volumes of monograph by the Chief Psychiatrist of the RF Health Ministry B. A. Kazakovtsev, which, evidently, had been read by not so many people. For us the monitoring has opened our eyes to the fact that the main reason for critical situation of psychiatric service, half of buildings of which since the year of 2000 is not supposed to be used, is gross underfinancing. And in such conditions the draft sharply reduces guarantees of financing namely (art. 17)! And such a change was made in

an underhand way. Academician T. Dmitrieva, who was present at the conference, promptly apprised the situation: "I didn't know about it", "of course, it is impermissible" and so on.

And so, in 2 month time, on December 4, 2003 at the session of the Board of the RSP was delivered the report of the representative of the Commission on working out the draft of the bill from the Serbski Center of Social and Forensic Psychiatry Prof. V. Kotov, who attacked "irresponsible human rights activists" and the mass media, which had used leakage of information on forthcoming parliamentary hearings with the aim to prevent them. Instead of substantial discussion of the essence of proposed changes and supplements, as well as objections of the IPA of Russia, Prof. Kotov once again repeated text of articles of the draft, which the Association had criticized, insisting that they didn't need a correction. Dr. Savenko was the single speaker on that report. "Pay attention to the fact — he said — that information on the draft of the bill is being considered by the Board of the RSP **not before but after** the supposed the first parliamentary hearings. This is nonsense in itself because the draft has been worked out for five years already and was the subject of parliamentary hearings in 2001. The merit that you are listening to the results of the work of the Commission for working out the draft belongs to those human rights activists that were named "irresponsible". In your opinion these human rights activists and the press should not discuss the draft of the bill. But it concerns all the citizens. And you cannot neglect sense of justice of common citizens, why are you so indignant at "leakage" of information? In your opinion should parliamentary hearings be in an underhand way? Finally, can one seriously discuss the draft of the bill as a whole and by ear before an unprepared audience without comparative texts in old and new editions of Articles of the Law. The joint discussion of the draft by our societies before parliamentary hearings is indispensable. And here it is necessary to remember about the priority of the International Law so as our law should not look as anachronism as it was demonstrated by the Rakevitch case in the European Human Rights Court. And changes and supplements, which we object, go in an opposite direction from international conventions signed by Russia". Nobody could object that emotional speech and the decision to continue discussion of the draft was adopted. Apart from that under discussion was the IPA of Russia letter to the RF Prosecutor General and Mayor of Moscow concerning one of the Latest orders of the Moscow Government to check lists of jurors to verify their "mental abilities" (look column "Psychiatry and Law of the present issue). The Presidium of the RSP Board adopted the decision to support the appeal of the IPA of Russia.

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:

Ю. Н. Аргунова. Права граждан с психическими расстройствами. Вопросы и ответы. М., 2003

ПРИЛОЖЕНИЯ

к «**НЕЗАВИСИМОМУ ПСИХИАТРИЧЕСКОМУ ЖУРНАЛУ**»

1. С. Н. Шишков — «Судебно-психиатрическая экспертиза (понятие и типы)»
(Учебное пособие)
2. I-е Консторумские чтения. «Психотерапия малопрогрессирующей 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: 73290 — индивидуальных, 73291 — 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” — Сорокин об ошибке русской интеллигенции.
- 1998, IV: Концепция психопатологического диатеза — Poleмика о путях борьбы с наркоманиями — Психиатрия и религия — Курт Гольдштейн: Принцип целостности.
- 1999, I: Курт Шнайдер. Религиозная психопатология (1) — Психотерапия — Экспертиза “Свидетелей Иеговы” — Басня о психотронном оружии.
- 1999, II: Шнайдер (2) — Социальная психиатрия — Психотерапия — Всероссийский семинар к 10-летию НПА.
- 1999, III: Шнайдер (3) — Тенденции российской психиатрии — Экспертиза сайентологов.
- 1999, IV: Кризис современной психиатрии — ЭЭГ при молитве и голодании — Психиатрия и религия — Дело Платона Обухова — Этика экспертизы.
- 2000, I: О Рильке — Объединения родственников больных — Poleмика — Проект Закона.
- 2000, II: Кассирер: Техника политических мифов — “Открытый диалог” — Экспертиза парасуицида — Корсаковская экспертиза — Дело Шмита (1).
- 2000, III: Критика МКБ-10 — Психофармакология — Социальная и судебная психиатрия — Дело Шмита (2).
- 2000, IV: X-ый съезд НПА России: Проблема доверия — Обсессивный синдром — Опасные действия больных — Ганнушкин — Зейгарник — XIII съезд психиатров России.
- 2001, I: X съезд НПА России — проблема доверия — Дискуссия о судебно-наркологической экспертизе — Парадоксы неменяемости — Концепция “промывания мозгов” — фальшивка ЦРУ — Об экспертизах саентологов и иеговистов.
- 2001, II: Экзистенциальный анализ восприятия князя Мышкина — Психопатологический диатез — О психическом здоровье и состязательной экспертизе — Экспансия идеологии на психическое здоровье.
- 2001, III: Крепелин — Нет — метадону — Признаки упадка психиатрии (1) — Эпическая терапия — Дело Столбуна.
- 2001, IV: Кронфельд — Психология в психиатрии — Признаки упадка отечественной психиатрии (2) — Положение психически больных в регионах России — Психиатрия и религия.
- 2002, I: Русский Пинель — Саблер — Кронфельд — Врачебная тайна — Письмо из Бутырок.
- 2002, II: Балинский — Кронфельд — Регуляция психиатр. помощи — Психиатрия катастроф — Экспертиза Буданова — Доклад ВОЗ.
- 2002, III: Якобий — Кронфельд — Регуляция психиатр. помощи — Наркология — Экспертиза Буданова — XII конгресс WPA.
- 2002, IV: Роршах — Пленарные лекции конгресса WPA — Судебно-психиатр. экспертиза и новый ГПК — Иск к Библии — О гипнозе — Съезд психотерапевтов.

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
Адрес для корреспонденции: 121019, Москва, Новый Арбат, 11-1922.
Российский исследовательский центр по правам человека. НПА России