

ISSN 1028-8554

НЕЗАВИСИМАЯ ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ АССОЦИАЦИЯ РОССИИ

INDEPENDENT PSYCHIATRIC ASSOCIATION OF RUSSIA

НЕЗАВИСИМЫЙ
ПСИХИАТРИЧЕСКИЙ
ЖУРНАЛ

INDEPENDENT
PSYCHIATRIC
JOURNAL

ВЕСТНИК НПА
IPA HERALD

IV

2004

МОСКВА

МЕЖДУНАРОДНЫЙ
РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ
ПО ФЕННОМЕНОЛОГИЧЕСКОЙ
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 10.12.2004. Подписано в печать 20.12.2004. Формат 60×84 1/8.

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

Тираж 1000 экз. Заказ № 2004-04-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

150-ЛЕТИЕ СЕРГЕЯ СЕРГЕЕВИЧА КОРСАКОВА (1854 – 1900)	5
ИЗ НАСЛЕДИЯ	
Кататоническое умопомешательство — С. С. Корсаков	7
АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ПСИХИАТРИИ	
Шизофрения: медицинские и антропологические перспективы — Особорн Виггинс, Майкл Шварц (США)	11
Феномен инобытия (часть 2) — И. М. Беккер (Набережные Челны)	20
Духовное, как социотерапевтический фактор — Б. А. Воскресенский	24
ОРГАНИЗАЦИЯ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ	
Реформирование психиатрической службы — А. Е. Лифшиц (Калуга)	27
О реформе психиатрической помощи — Б. А. Казаковцев	28
Приоритет закона и современное состояние психиатрической помощи — Ю. С. Савенко	32
С ЮБИЛЕЙНОГО СЪЕЗДА НПА РОССИИ (1989 – 2004)	
Религиозные меньшинства как объект серьезного изучения, а не стигматизации — И. Я. Кантерев	35
Перспективы развития судебно-психиатрической экспертизы — Е. И. Цымбал	39
КЛИНИЧЕСКИЕ РАЗБОРЫ	
Какой дефект? — А. Ю. Магалиф	42
Autopersonamnesia — новый психопатологический феномен? — В. Г. Остроглазов	51
ПСИХИАТРИЯ И ПРАВО	
Государственная защита экспертов, специалистов и других участников уголовного судопроизводства — Ю. Н. Аргунова	59
ИЗ ДОСЬЕ ЭКСПЕРТА	
“Обезьяний процесс” в Москве	64
ЛЕКЦИИ	
О тюремной медицине — с конференции к 100-летию А. П. Чехова	70
СТРАНИЦА ПРОЗЕКТОРА	
Барьеры и фильтры мозга (патологоанатомический аспект) — А. И. Ойфа	75
БЕСЕДЫ СО СТУДЕНТАМИ	
О роли клиницизма и клиническом уровне врача — А. Ю. Магалиф	77
РЕЦЕНЗИИ И ОТКЛИКИ	
По поводу статьи “Изменение личности у больных опийной наркоманией”	79
Письмо протеста в отношении бесцеремонности современного российского ТВ	80
ХРОНИКА	
Рабский дух в ответственный момент — дорога к деградации	81
Визит делегации из США	82
Конгресс ВПА во Флоренции	82
Международная конференция в Казани	83
Первый национальный конгресс по социальной психиатрии	84
“Общее дело” — диалог церкви и общества	85
ПСИХОПАТОЛОГИЯ И ТВОРЧЕСТВО	
Шарль Бодлер. Запрещенные стихи из “Цветов зла”	90
Д. Б. Йейтс. Безумная Джейн и епископ	91
НЕКРОЛОГ	
92	
РЕКОМЕНДАЦИИ	
94	
АННОТАЦИИ И ПЕРЕВОДЫ	
95	

CONTENTS

150-TH JUBILEE OF SERGEY SERGEEVITCH KORSAKOV (1854 – 1900)	5
FROM THE HERITAGE	
Catatonic derangement of mind — S. S. Korsakov	7
URGENT PROBLEMS OF PSYCHIATRY	
Schizophrenia: medical and anthropological perspectives — Osborn Wiggins, Michael Schwartz (USA)	11
Phenomenon of presence in unreal world (part 2) — I. M. Bekker (Naberezhnye Chelny)	20
Spiritual as sociotherapeutic factor — B. A. Voskresenski	24
ORGANIZATION OF PSYCHIATRIC CARE	
Reform of the psychiatric service — A. E. Lifshits (Kaluga)	27
On reform of the psychiatric care — B. A. Kazakovtsev	28
Priority of the Law and current condition of the psychiatric care — Yu. S. Savenko	32
FROM THE IPA OF RUSSIA JUBILEE CONGRESS (1989 – 2004)	
Religious minorities as a subject of serious investigation and not a stigmatization — I. Ya. Kanterev	35
To the practice of forensic-psychiatric evaluation — E. I. Tsymbal	39
DISCUSSION OF A CLINICAL CASE	
What kind of the defect? — A. Yu. Magalif	42
Autopersonamnesia — is it a new psychopathological phenomenon? — V. G. Ostroglazov	51
PSYCHIATRY AND LAW	
The State protection of experts, specialists and other participants of criminal legal procedure — Yu. N. Argunova	59
FROM AN EXPERT'S DOSSIER	
“Monkey process” in Moscow	64
LECTURES	
On prison medicine — from the conference devoted to the 100-th jubilee of A. P. Chekhov	70
PROSECTOR'S PAGE	
Barriers and filters of brain (pathological anatomical aspect) — A. I. Oifa	75
CONVERSATIONS WITH STUDENTS	
On the role of clinicism and clinical qualification of a doctor — A. Yu. Magalif	77
REVIEWS AND COMMENTS	
In regard to the article “Change of personality of opium narcomania patients”	79
Letter of protest against falsification by present Russian TV	80
CHRONICLE	
Servile spirit in the crucial moment — road to degradation.	81
Visit of the delegation from the USA	82
The WPA Congress in Florence	82
The International Conference in Kazan.	83
The First National Congress on Social Psychiatry	84
“Common deal” — the dialog between the Church and the society	85
PSYCHOPATHOLOGY AND CREATIVENESS	
Charles Baudelaire — Forbidden poems from “Les Fleurs du Mal”	90
William Butler Yeats — Insane Jane and bishop.	91
OBITUARY	
RECOMENDATIONS	94
ABSTRACTS & TRANSLATIONS	95

150-ЛЕТИЕ СЕРГЕЯ СЕРГЕЕВИЧА КОРСАКОВА

1854 – 1900



Фото 1885 года, когда, спустя 8 лет наблюдений, состоялось первое сообщение С. С. Корсакова о расстройстве психической деятельности при алкогольном параличе, выросшее в диссертацию, которую он закончил в 1886 г. и защитил в 1887 г. Спустя 10 лет на XII Международном медицинском конгрессе в Москве по предложению берлинского профессора Жолли этот психоз был назван именем Корсакова.

150-ЛЕТИЕ СЕРГЕЯ СЕРГЕЕВИЧА КОРСАКОВА

1854 – 1900

Сколько бы не приходилось писать о С. С. Корсакове, всегда найдется новый аспект, новый поворот, новые грани, открывающиеся в нашей меняющейся действительности, и всякий раз не перестаешь изумляться, как много разносторонних и всякий раз выдающихся вкладов успел сделать за последние полтора десятилетия своей 46-летней жизни этот замечательный человек. А ведь это было время:

- уничтожения университетской автономии;
- передачи начального школьного образования Синоду;
- недопущения “кухаркиных детей” в гимназии и университеты и введения процентной нормы для евреев;
- жесткого ограничения сектантов, Мултанского дела¹;
- подчинения всей судебной магистратуры министерской юстиции, ограничения гласности суда и судов присяжных;
- голода; холеры; массовых стачек;
- избиения студентов, отдачи их в солдаты...

Можно гордиться, что основоположник Московской психиатрической школы оказался средоточием и воплощением идеалов нашего предмета, как:

- врач-клиницист, стихийный естественный феноменолог;
- “нравственный гений”;
- самостоятельный критический мыслитель, впитавший в результате личных наблюдений и общения опыт мировой психиатрии²; и развивший традицию В. Ф. Саблера и А. Я. Кожевникова;
- ученый, описавший болезнь, названную его именем, с широким междисциплинарным горизонтом (психология, антропология, этнография, право и т.д.), чуждый узости позитивизма³;
- автор monumentalного руководства по психиатрии;

– судебный эксперт, оставивший несколько десятков подлинных шедевров судебно-психиатрических экспертиз;

– выдающийся педагог, обосновавший роль клинических конференций как коллективного творчества врачей;

– редактор журнала Пироговского общества;

– организатор Всероссийского общества психиатров, многих съездов и психиатрической службы, активно проторявший принцип нестеснения, обосновавший научную систему лечения и ухода за больными, подчеркивавший значение общественной профилактики, социальной гигиены, общественной медицины;

– общественный деятель, гуманист, филантроп;

– человек чести, всегда отличавшийся гражданственностью своих поступков, приоритетом интересов больного, автор многих обращений к Правительству⁴, не боявшийся войти в конфликт с властью.

Но стало ли это традицией? Да: ученики С. С. Корсакова — В. П. Сербский, С. А. Суханов, А. Н. Бернштейн, А. А. Токарский, П. Б. Ганнушкин, В. А. Гильяровский, Т. А. Гейер и др., их ученики — Л. М. Розенштейн, С. Г. Жислин, Я. П. Фрумкин и мн.др., ученики этих учеников — Е. Н. Каменева, А. В. Снежневский, И. А. Мизрухин и многие- многие другие, их собственные ученики, т.е. шестидесятники, — это уже четвертое поколение, которое даже под действием нарастающего давления власти, террора, вплоть до физического уничтожения, сумело сохранить основное ядро традиций.

Хотя наше время таково, что не востребует таких людей как С. С. Корсаков или В. П. Сербский, не востребует их традиций⁴, эта традиция остается нашим идеалом. И не стоит оправдывать все эпохой, очень многое зависит от нас самих, начиная с того, читаем и перечитываем ли мы С. С. Корсакова.

¹ Знаменитый ритуальный процесс, спровоцированный полицией, против крестьян-удмуртов, которых сумел защитить В. Г. Короленко.

² Т. Мейнерт и Р. фон Крафт Эбинг (Вена), А. Пик (Прага), А. Мари и В. Маньян (Париж), А. Форель (Цюрих), Ч. Ломброзо (Турин), К. Вестфаль и Жолли (Берлин), П. Флексиг и В. Вундт (Лейпциг), Э. Крепелин (Гейдельберг) и др.

³ “...Нельзя пренебрегать как совершенно ненужным хламом тем, что говорят так называемые метафизики” — С. С. Корсаков “Курс психиатрии”, 1901.

⁴ Ходатайство об освобождении врачей и низшего персонала от обязанности давать на суде показания, нарушающие врачебную тайну; ходатайство об отмене телесных наказаний для крестьянского населения; адрес выдающемуся гигиенисту Ф. Ф. Эрисману, уволенному по требованию охранного отделения, и др.

⁵ Современные отечественные учебники психиатрии для студентов (Н. М. Жариков, Ю. Г. Тюльбин, 2000; М. В. Коркина и др., 2002; и др.) вообще отказались от очерка истории психиатрии, от изложения существа традиций отечественной психиатрии.

Кататоническое умопомешательство. *Vesania catatonica*.

С. С. Корсаков

Название свое эта форма получила от термина “кататония”, которым немецкий психиатр Кальбаум обозначил выделенную им особую форму болезни. Основным признаком этой болезни, по мнению Кальбаума, было сочетание своеобразного психического расстройства с явлениями напряжения в двигательной сфере. К этим явлениям напряжения он относил: состояние каталепсии (*flexibilitas cerea*), состояние тетании, целый ряд судорожных припадков, наклонность принимать однообразные принужденные позы, наклонность повторять одни и те же бессмысленные фразы (вербигерация) и некоторые другие явления. В одних случаях более выражены одни явления двигательного напряжения, в других — другие.

Рядом с этим, по мнению Кальбаума, в кататонии существует своеобразный ход развития болезни, которую можно разделить на несколько стадий: 1-ая стадия — меланхолическая, выражаясь в тоскливом настроении, отрывочных идеях греховности и проч. — довольно короткая; 2-ая — маниакальная — значительно длиннее и с нее чаще всего начинается врачебное наблюдение; она в сущности не соответствует нашему теперешнему представлению о мании, а названа маниакальной потому, что болезнь во время этой стадии выражается в сильном возбуждении частью под влиянием тоскливого чувства, частью под влиянием нахлынувших бредовых идей (большую частью религиозного и демономанического содержания). Возбуждение выражается в состояниях экстаза, в массе разнообразных патетических движений, в судорожных припадках, в бессвязной болтовне (вербигерации) и т.п. Маниакальная или возбужденная стадия переходит в 3-ю стадию — “оглушения” (*Attonitdt*). В это время больной малоподвижен, очень часто представляет резкие каталептоидные явления, явления тетании, психомоторного столбняка; он по целым неделям ничего не говорит (*mutacismus*), представляет наклонность к отрицанию (*negativismus*), что выражается в отказе от пищи, в стремлении раздеваться, отворачиваться от окружающих, закрывать глаза и т.п. В этом периоде мышление или крайне вяло, или очень неправильно. Существует много галлюцинаций и бредовых идей — религиозных, демономанических (иногда как бы из какого-то сказочного мира). По временам и в этом периоде подавленность сменя-

ется возбуждением, с характером таким же, каким отличается возбуждение второго периода, затем по истечении более или менее долгого времени сознание несколько проясняется, но выступают признаки более или менее глубокого слабоумия. Это — стадия слабоумия.

Вся болезнь, по Кальбауму, протекает довольно долгое время, много месяцев, а иногда и лет, при чем названный автор различал случаи сравнительно легкие, кончавшиеся довольно скоро выздоровлением и тяжелые или затяжные, представляющие очень длительное течение, со спутанной сменой стадий. Очень нередко случаи такого рода оканчивались смертью от туберкулеза, к которому кататоники, по мнению Кальбаума, очень склонны.

В то время, когда Кальбаум сделал первое описание своей “кататонии” (лет около 20-ти назад), еще многие формы, теперь выделенные, не были достаточно ясно обрисованы, и потому многие психиатры приняли эту форму как действительно существующую, хотя и не в том объеме, какой ей приписывал Кальбаум. Однако наблюдения последних 10 лет показали, что тот симптомокомплекс, который Кальбаум считает характерным для кататонии, так называемый “кататонический симптомокомплекс”, приходится наблюдать у очень разнородных больных. Он бывает иногда и у меланхоликов, и у прогрессивных паралитиков, но особенно часто он бывает в формах острого галлюцинаторного помешательства и вообще острого бессмыслия. При них чуть не в половине случаев бывает то тот, то другой симптом, принадлежащий к группе “кататонических явлений”. Например, *flexibilitas cerea* бывает очень часто эпизодически или более или менее продолжительно у многих больных, страдающих ступорозной формой острого бессмыслия.

Это обстоятельство заставило многих психиатров совершенно отрицать существование какой-нибудь формы, особенно тесно связанной с кататоническими явлениями, и исключить кататонию из отдельных форм душевных болезней.

Однако попадаются случаи, в которых кататонические симптомы особенно резко выражены, которые представляют в своем течении такие особенности, что они не укладываются в рамки перечисленных

мною типичных форм, и которые представляют при этом резкие кататонические явления. Эти формы я выделяю как отдельные типы, относя их к смешанным психозам и, по примеру некоторых авторов называю кататоническим умопомешательством.

Большую частью этой болезнью страдают люди молодые, в возрасте от 18 до 30 лет. В большинстве случаев в анамнезе можно найти указания на наследственное расположение и на некоторые особенности в характере, указывающие на психо- и невропатическую дегенерацию: то это чрезмерная мечтательность, то наклонность к уединению, то к чрезмерному мудрствованию, к резонированию, то отмечается чрезмерная религиозность или странная влюбчивость, то способность поддаваться увлечению какими-нибудь туманными учениями и т. п. Очень нередко бывают различные аномалии половой жизни — половое извращение, онанизм или частые поллюции; часто бывают признаки более или менее глубокой неврастении, боли в разных частях тела — в голове, в груди; у женщин — *globus hystericus* и другие истерические симптомы.

Болезнь чаще всего начинается тоскливым настроением, беспокойством, тревогой за свое здоровье, ипохондрическими идеями. При этом почти всегда замечается у больных значительная слабость воли, неспособность отделяться от пустых идей, которые входят им в голову, или наклонность надоедать себе и другим разными скучными мудрствованиями.

На эти явления, впрочем, обыкновенно не обращается большого внимания, — они считаются проявлениями общей нервности, истерии или неврастении, пока вдруг болезнь не обнаружится очень резкими симптомами.

Большую частью совершенно неожиданно является припадок сильного возбуждения. Иногда бывает даже, что болезнь начинается резким припадком как бы судорожного характера: больной вскрикивает, падает, начинает производить массу движений, катается по полу. В других случаях возбуждение нарастает постепенно в течение двух-трех дней и достигает обыкновенно очень сильной степени. Обыкновенно в это время у больного существует много бредовых идей и галлюцинаций. Бредовые идеи большею частью религиозного, демономанического и вообще мистического содержания; часто бывают эротические идеи. Галлюцинации соответствующего содержания бывают и зрительные, и слуховые. Больному часто кажется, что он в аду, что его окружают черти, что черт уже сидит в нем (аллегоризация какого-нибудь ощущения из внутренних органов, чаще всего боли в межреберных нервах); он отбивается от ухаживающих за ним людей, дует на них, плюет, выплевывает воду, которую ему дают, колотится о стену.

Очень нередко после нескольких дней такого состояния является сон, больной успокаивается и приходит в себя, сохраняя воспоминание о бывшем с

ним приступе. Наступает ремиссия, продолжающаяся обыкновенно недолго, недели 3–4; затем опять начинается возбуждение, и чаще всего после того уже дело затягивается надолго. Иногда же и первой ремиссии не бывает, а прямо болезнь принимает затяжное течение.

В этом затяжном течении и можно отметить те особенности, которые заставляют считать эту форму, как особую, и не дают возможности зачислить ее в одну из рубрик, с которыми мы до сих пор познакомились. Дело в том, что среди массы разнообразных симптомов, представляемых больным, встречаются симптомы самых разнородных типичных форм. То больной представляет резко выраженную картину спутанности: он видимо не ориентируется в окружающем, беспрерывно галлюцинирует; то видимо он со знает окружающее, отлично знает всех по имени, иногда очень правильно оценивает положение и значение всего окружающего, сознает даже свою болезнь, но имеет довольно стойкие бредовые идеи; то и бредовые идеи исчезают, а является экспансивное настроение: распущенность, говорливость, суеверие, масса просьб, приставание к окружающим, стремление петь, декламировать, эротическое возбуждение; то, наоборот, является удрученное состояние с идеями самообвинения, с идеями греховности.

Таким образом у одного и того же больного мы видим сменяющиеся состояния, свойственные то аменции, то острой паранойе, то до некоторой степени мании, то меланхолии, причем смена этих состояний происходит иногда совершенно неожиданно, без всяких заметных поводов. Все это и заставляет считать случаи такого рода принадлежащими к особой, смешанной форме.

Самое проявление этих изменяющихся состояний носит особый отпечаток, дающий возможность назвать эту форму именно кататонической, а не какую-либо другую. Особенны характерны кататонические признаки во время бредового состояния. Очень многие больные представляют характерные черты Кальбаумовской стадии оглушения. Они по целым неделям и даже месяцам ничего не говорят. Лицо при этом представляет характерные особенности напряжения мускулов: губы сжаты, глаза крепко закрыты, мускулы лица представляют картину как бы сильного тонического напряжения, подбородок часто крепко прижат к груди. Руки иногда тоже представляются напряженными, сжатыми и вытянутыми. Попытка вывести больного из такого состояния вызывает резкое усиление напряжения. Но пройдет несколько часов — и больной вдруг сам встанет, свободно пройдется по комнате, съест, что ему подадут, помочится, уляжется и потом опять примет прежнее напряженное положение.

Иной раз такого напряжения в мышцах, напоминающего до некоторой степени столбняк, совсем нет, а напротив существует наклонность сохранять долго

всякое приданное положение — восковая гибкость. Иногда и сам больной по своей инициативе принимает какие-нибудь странные, иногда крайне неловкие положения, свертывается как бы в клубок, пригибает голову к ногам и т.п.

По временам это состояние прерывается состояниями значительного возбуждения. Большею частью возбуждение проявляется в массе однообразных движений: то больной беспрерывно катается по полу, то кувыркается, то делает плавательные движения. У многих больных наклонность повторять одни и те же движения — поразительна: больной, например, имеет желание кувыркаться; пока его удерживают, он лежит покойно, но чуть его выпустили, сейчас начинается кувыркание, и именно не что-нибудь иное, а кувыркание (стереотипные движения). Многие больные при этом возбуждении беспрерывно кричат, причем нередко тоже повторяют или одну какую-нибудь фразу, или одно слово, или просто один и тот же бессмысленный звук.

Возбуждение иногда вдруг прерывается полным спокойствием; больной неожиданно становится так покоен, как будто и не было никакого возбуждения: или начинает совершенно сознательно разговаривать, или снова впадает в состояние как бы столбняка.

У одних больных состояния возбуждения бывают часто, у других их совсем не бывает.

Почти всегда бывают у больных периоды, в которые они представляют резкие явления того, что называется стремлением к отрицанию (*negativismus*); они упорно молчат, упорно отказываются одеваться, менять положение, иногда очень упорно отказываются от еды, так что приходится кормить их зондом, отказываются испражняться и мочиться — и выпускают из себя свое содержимое только тогда, когда уже не хватает сил удерживать мочу и испражнения.

Другие больные не представляют такой наклонности к противодействию и отрицанию; наоборот, они очень пассивны: идут туда, куда их поведут, стоят по целым часам там, где их поставят. При этом они постоянно сохраняют одну какую-нибудь неуклюжую позу или придают своим рукам какое-нибудь совершенно своеобразное, странное положение. Очень часто при этом существует резко выраженная вербигерация — повторение какой-нибудь одной бессмысленной фразы на все лады.

Наконец, у некоторых больных наблюдается наклонность к подражанию действиям или движениям, производимым перед их глазами (эхокинезия), или к повторению услышанных ими слов (эхолалия).

Во время бредовых состояний у больных, страдающих описываемой формой, существует, по-видимому, масса бредовых идей. Они часто связаны с галлюцинациями и с разными телесными ощущениями, например, с *болевыми ощущениями* в межреберной области, с *globus hystericus*, с ощущениями в половых органах, с ощущениями в заднем проходе, мочевом

пузыре. По-видимому, массу ложных идей вызывают и какие-нибудь иллюзорные восприятия из мышечного аппарата. Бредовые идеи очень разнообразного содержания: то больной воображает себя в аду, окруженным дьяволами, то, напротив, превращается сам в ангела или святого, окружающих называет святыми, Христом, Богородицей; то живет как бы среди умерших писателей, исторических личностей; то чувствует себя превращенным в животное, в лягушку, в волка и ведет себя соответственно этому: лает, кусается, рычит. По-видимому, очень часто внимание больного привлекается к бредовым идеям и каким-нибудь ощущениям настолько сильно, что нельзя ничем оторвать его от них; больной в таких случаях является точно очарованным: глаза устремлены в одну точку, выражение лица крайне однообразное, не обнаруживающее никакой душевной реакции на разные внешние воздействия. В других случаях существует какая-то распущенность внимания: больной точно ни на одной мысли остановиться не может, все идеи проходят, нисколько не задерживаясь его сознанием, а прямо отражаясь в каких-нибудь актах.

Многие больные несмотря на бредовые идеи и галлюцинации, хорошо сознают, где они находятся, как кого зовут, подмечают малейшие перемены и по выздоровлении часто с большими подробностями описывают то, что происходило, когда они были, как казалось, в состоянии глубокого помрачения сознания.

По временам, как я сказал, эти бредовые состояния сменяются состояниями относительно ясного сознания и правильного понимания окружающего и своей болезни. У одних больных эти ремиссии носят характер несколько маниакальный, у других, наоборот, меланхолический. Бывают случаи, где этих ремиссий почти совсем не существует.

Рядом с психическими симптомами обыкновенно бывают и физические; из них на первом плане стоят разные невралгические явления и затем вазомоторные и трофические. Нередко бывает заметна у таких больных особенная наклонность к отекам, к одутловатости лица, к кровоподтекам. Часто бывают поллюции, упорные запоры. Очень нередко значительное колебание в правильности и частоте деятельности сердца, наклонность к обильной испарине.

Течение и исход болезни не всегда одинаковы. Обыкновенно в первое время, в течение двух-трех месяцев, явления все прогрессируют: приступы возбуждения сильны, является отказ от пищи, задержание мочи и испражнений; развивается сильное похудание. Затем больной начинает лучше есть, начинает чаще обращаться к окружающим с вопросами, с какими-нибудь просьбами, начинает выказывать наклонность к общительности. При этом однако долго сохраняются разные особенности в привычках, в манере держать себя, в выражении лица. Мало помалу однако все это уменьшается, и больной входит в круг окружающей его жизни. Это *исход в выздоровление*, наступа-

ющий обыкновенно через 6–12 месяцев от начала болезни. Часто выздоровление бывает с дефектом.

Но иногда выздоровление вовсе не наступает, а состояние возбуждения продолжает сменяться состояниями угнетения в продолжение многих лет; к прежним симптомам присоединяется постоянное стремление к онанизму, и болезнь кончается слабоумием, причем больной живет обыкновенно недолго, так как рано умирает от туберкулеза, к которому кататоники считаются особенно расположенными.

В случаях выздоровления следует опасаться *возврата болезни*.

Диагностика кататонического умопомешательства основывается главным образом на существовании в числе симптомов так называемых “кататонических явлений” и на том, что больной представляет смену состояний различных основных типов и притом в известной последовательности. Нужно впрочем сказать, что вообще трудно поставить диагностику этого психоза в начале болезни, и что вообще бывают случаи, где трудно поставить диагностику между той или

другой формой остро развивающегося бессмыслия и кататоническим умопомешательством. Впрочем, это и не особенно важно, потому что в действительности переходы между этими двумя формами вполне постепенны.

Лечение. Кроме обычных методов лечения острых психозов сообразно с представляемыми ими симптомами, при кататоническом умопомешательстве нужно особенно стараться найти какие-нибудь телесные болезни, дающие источник для ложных ощущений, и направить на них лечение. Нужно исследовать и уши, и нос, и половую систему и употребить соответствующие найденным аномалиям меры. Если есть какая-нибудь невралгия, полезно употребление успокаивающих (впрыскивание морфия) или электризации. У большинства больных употребляются ванны и средства тонические: мышьяк и железо. За больными должен быть надзор, особенно вот время состояний возбуждения, так как у некоторых из них является упорное стремление колотить себя, колотить голову о стену, иногда кусать себя, кусать язык.

ЕВРОПЕЙСКАЯ АССОЦИАЦИЯ

ТЕРАПИИ ЗАВИСИМОСТЕЙ

Ежегодный конгресс

6 – 8 июля 2005, Будапешт

Тел.: +44 115 969 320 16; факс: +44 115 969 20 17

E-mail: info@eaat.org

www.eaat.org

XIII ВСЕМИРНЫЙ КОНГРЕСС ПО ПСИХИАТРИИ

10 – 15 сентября 2005 г., Каир, Египет

secretariat@wpa-cairo2005.com;

www.wpa-cairo2005.com/draft

Шизофрения: медицинская и антропологическая перспективы

Особорн Виггинс, Майкл Шварц (США)

ВСТУПЛЕНИЕ

К шизофрении, как и ко многим другим расстройствам, существует множество подходов (McHugh и Slavney, 1998). В наши дни о ней говорят как о психическом расстройстве. Такое понимание шизофрении подразумевает наличие некоего основного набора, включающего в себя симптомы и признаки, которые можно диагностировать, а также специфическую этиологию. Такова парадигма заболевания, и когда стало ясно, что шизофрения не может в полной мере соответствовать этой парадигме, в психиатрии начались проблемы. Мы собираемся кратко осветить этот этап в истории психиатрии и упомянуть о дискуссиях специалистов, стремившихся разрешить проблему шизофрении, а основную часть данного эссе посвятить другому подходу к шизофрении — антропологическому.

ИСТОРИЯ МЕДИЦИНСКОГО ПОДХОДА К ШИЗОФРЕНИИ

За прошедшие сто лет мы так и не смогли найти доказательства догадке Крепелина о том, что существует два психотических синдрома — не один, не три, не больше, — а именно два: маниакально-депрессивный психоз и *dementia praesox*, позже названная Эугеном Блейлером “шизофрения” [1950]. Существующие на сегодняшний день диагностические классификационные системы используют эту до сих пор не подтвердившуюся гипотезу, которую — по мнению некоторых исследователей — не могут подтвердить самое длительное время за всю историю медицины. Однако, критик вероятно задастся вопросом о том, есть ли вообще такое заболевание, как шизофрения (Szasz 1974)? И если есть, то каковы ее этиологические, патофизиологические и защитные составляющие?

Является ли шизофрения заболеванием в том же смысле, что и туберкулез или рак? Даже по прошествии десяти последних лет, когда мы наконец приступили к поиску нейробиологических и генетических доказательств этому предположению, вопрос остается без ответа. Данная проблема так или иначе касается практически всех психических расстройств, т.к. большинство из них не имеет в основе своей четко определенной анатомической патологии. Более того, когда обнаруживают анатомическую основу психиче-

ского расстройства, как это случилось с сифилисом во времена Крепелина, расстройство обычно переходит из класса психических в класс неврологических расстройств.

Таким образом, природа шизофрении остается неясной. Более того, в отсутствие четко определенных патогномоничных особенностей представления о шизофрении сильно варьировались. Например, Эмиль Крепелин в качестве центральной особенности *dementia praesox* отмечал необратимое ухудшение состояния пациента, в то время как больные маниакально-депрессивным психозом со временем выздоравливали. Крепелин утверждал, что бессмысленно использовать признаки и симптомы для различия этих двух заболеваний. Пациенты с обоими расстройствами демонстрировали общую психопатологию при полном отсутствии особенностей, которые позволили бы отличить одно от другого. Представитель другого поколения ученых, Эуген Блейлер (1950), изменил концепцию Крепелина, введя термин “шизофрения”. Заболевание осталось тем же, что и у Крепелина, но в концепции Блейлера отсутствовали ухудшение состояния и раннее слабоумие. Некоторые пациенты Блейлера даже выздоравливали, в то время как другие больные, страдавшие МДП, нет. Более того, Блейлер развел шизофрению и МДП именно на основе признаков и симптомов, малозначимых для Крепелина. Напрямую противореча Крепелину, Блейлер выделил и описал четыре основных симптома шизофрении: бессвязность ассоциаций, эмоциональное уплощение, амбивалентность и аутизм.

Понимание шизофрении с тех пор постоянно менялось. Новые решения отсутствовали, но тот факт, что проявления шизофрении выражаются совершенно определенным образом, позволял говорить о том, что несмотря на постоянно меняющиеся взгляды, такое заболевание существует. Ниже следует описание двух наиболее значимых подходов к этой проблеме.

1. Эрнст Кречмер (1974) утверждал, что шизофрения возникает в результате столкновения сверхчувствительного индивида с тяжелыми жизненными обстоятельствами. Такие люди застенчивы и страдают от унизительного чувства неполноты, но в то же самое время они убеждены, что заслуживают от жизни большего. Шизофрения, согласно Кречмеру, явля-

лась вполне объяснимой и понятной реакцией чувствительных индивидов на тяжелые события в жизни. Их мании (*sensitive Beziehungswahn*) были направлены на себя. Если учесть, какое количество людей являются чувствительными личностями и переживают чувство собственной неполноценности одновременно с чувством собственного достоинства, шизофрению вообще нельзя считать заболеванием.

2. Подход Карла Ясперса (1963) был совершенно другим. Для него шизофрения была таким же заболеванием, как полимиозит или инсульт, заболеванием, способным застигнуть человека врасплох с возможными непредсказуемыми последствиями для его дальнейшей жизни. Ясперс в своей теории не только сохраняет акцент Крепелина на течении болезни, но и, подобно Блейлеру, подчеркивает важность характеристической психопатологии. Ясперс говорил о том, что формальные особенности шизофренической психопатологии, такие как галлюцинации, не могут быть "понятными", — это напрямую противоречило точке зрения Кречмера.

В наши дни подобного рода утверждения оказываются односторонними. Мы до сих пор не можем выработать единую точку зрения, хотя опытные клиницисты с готовностью обнаруживают клиническую организованную структуру, когда она явно и обширно представлена у пациента. В отсутствие обоснованного фундаментального знания современные системы демонстрируют описательный (например, ICD-10, 1992) и концептуальный (основанный на критериях) (DSM-IV-TR, 2000) подходы. Система DSM-IV-TR дает специалистам возможность диагносцировать шизофрению с помощью операциональных критериев, каждый из которых продемонстрировал на практике высокую степень достоверности. Для индивидуальной диагностики отдельные критерии объединены в группы, так что в случае выявления у индивида значимого количества данных критериев можно говорить о наличии у него шизофрении. В результате мы имеем действенный, единообразный и заслуживающий доверия подход к расстройству, но остается неясным, насколько валидны операциональные критерии, а также то, что они диагносцируют.

Отдельно от вопроса о недостатке валидных критериев стоит проблема степени нарушений, необходимая для постановки диагноза. Какими бы ни были диагностические критерии — особенности мышления или восприятия, их комбинация или что-то другое, — исследования показывают, что существуют люди, которые не страдают шизофренией, несмотря на наличие у них этих особенностей (Jackson и Fulford 1997). Также неясно, где начинается диагноз: в какой степени должно быть нарушено мышление и в какой степени должны быть выражены личностные расстройства для постановки диагноза? Феноменологический опыт шизофрении может быть представлен у больного как в очень незначительной, так и в ярко вы-

раженной степени. В таких современных подходах, как DSM-IV-TR, существует два пути преодоления этой проблемы. Во-первых, сам язык пытается устранить пограничную психопатологию: например, по DSM-IV-TR галлюцинации должны быть "странными". Однако, то, что является странным для одного, для другого таковым может и не быть. Во-вторых, DSM-IV-TR не удовлетворяется просто наличием психопатологии, этот подход требует присутствия патологии в той мере, в коей она пересекается с такими важными сферами жизни, как работа или социальные отношения. Но такой подход рискует заклеймить душевнобольными всех людей, чей образ жизни по тем или иным причинам является отличным от общепринятых культурных норм. Подобных проблем не существовало бы, будь у нас в распоряжении простой биологический тест на определение шизофрении.

В заключение можно сказать следующее. Уже более ста лет психиатры согласны с тем, что человеческий опыт переживаний, описанный первоначально Крепелиным и названный впоследствие Блейлером "шизофрения", существует. Однако до сих пор мы не имеем единой точки зрения на вопрос о том, как же проявляется шизофрения и насколько сильно должны быть выражены нарушения, чтобы можно было поставить диагноз.

АНТРОПОЛОГИЧЕСКИЙ ПОДХОД К ПРОБЛЕМЕ ШИЗОФРЕНИИ

Антрапологический подход альтернативен медицинскому. Смысл используемого нами понятия "антрапология" шире, нежели это принято в англоговорящих странах, так как мы следуем традиции употребления этого понятия, установившейся в континентальной Европе. Понятие "антрапология" в этом континентальном смысле полностью соответствует своим этимологическим корням, уходящим глубоко в древнегреческий язык: *antropos* (человек) и *logos* (учение, наука). Таким образом, антрапология означает учение или науку о человеке. Она не ограничивается изучением разных культур и обществ. Континентальная философская антрапология была разработана такими мыслителями, как Макс Шелер (1961), Гельмут Плесснер (1970, 1981), Ф. Дж. Бютендиц (1974), Адольф Портман (1990), Арнольд Гелен (1988) и Ханс Йонас (1966). Антрапологический подход был привнесен в медицину и психиатрию, где он получил дальнейшую разработку. В своих работах по антрапологической медицине и психиатрии его разрабатывали следующие авторы: Людвиг Бинсангер (1967), Виктор фон Вайцзекер (1973), В. Е. фон Гебзаттель (1954), Йорг Цутт (1963), Герберт Плюгге (1967), Эрвин Штраус (1963, 1980, 1982), Эуген Минковски (1970; Сасс 2001; Урфер 2001), Анри Эй (1978), Артур Татоссян (1997), Губертус Телленбах (1980), Кимура Бин (1982, 2001; Сасс 2001), Тошиаки Кобаяши (1998), Воль-

фганг Бланкенбург (1982, 2001; Виггинс и др. 2001), Отто Доэрт-Зегерс (2000) и Альфред Краус (2000).

Антропологический подход позволяет шире, чем медицинский взглянуть на проблему душевных заболеваний, так как медицинский подход зиждется на естественно-научных парадигмах знания, в то время, как антропологический подход предполагает использование концепций, теорий и ходов, использующихся в философии, гуманитарных науках и науках об обществе. В основе этих дисциплин также лежат правила доказательных и логичных суждений, но используемые ими способы рассуждения отличаются от принятых в химии, биологии и в неврологии познавательных процессов.

Центральным для антропологического подхода является утверждение о том, что человеком можно быть по-разному, в зависимости от различных социо-культурных, биологических, культурных и личностных особенностей существования. Антропологический подход стремится к тому, чтобы разработать всеобъемлющую теорию основных составляющих человеческого существования (Blankenburg 1982; Doerr-Zegers 2000; Kraus 2000). В действительности он фокусируется на биологии и неврологии, но в рамках более широкой концепции живого организма (Grene 1974). Более того, организм видится сквозь призму его сущностной соотнесенности с миром (Jonas 1966). Человеческое существо рассматривается как субъект во плоти, а личность — через ее разнообразные отношения с другими личностями (Schwartz и Wiggins 2000; Stanghellini 2000, 2001). На самом деле, это положение о соотнесенности индивида и мира настолько важно для антропологической концепции, что даже носит такое название: повторяя неологизм Хайдеггера, авторы-антропологи говорят о том, что человеческая жизнь — это всегда “бытие-в-мире” (Heidegger 1996). Написание этого словосочетания через дефис отражает мысль о том, что если мы хотим говорить о смысле человеческого существования, то должны это делать в контексте мира, с которым это существование соотнесено. Другими словами, крайне важно принимать во внимание множество граней человеческой соотнесенности с миром, когда мы говорим о человеческом поведении, опыте, внешности и даже о “внутреннем состоянии”. Когда мы говорим о “мире”, мы должны понимать его как мир для субъекта *переживающего*, а также как объект *переживания субъекта*. Поэтому всегда имеет смысл задаться вопросом: о чьем мире мы говорим?

С точки зрения антропологического подхода шизофрения может быть понята как один из способов быть человеком, способ, который, по некоторым ключевым параметрам очень отличается от других. Поэтому шизофрения является одним из видов бытия-в-мире. Как мы будем говорить ниже, шизофрения по очень существенным параметрам отличается от других способов быть человеком, однако мы дол-

жны рассматривать шизофрению как один из видов отнесенности к миру и к другим людям.

Антропологический подход к шизофрении может служить фундаментом медицинского, т.к. он более точно определяет, что же делает шизофрению патологией (а именно, неспособность переживать и неспособность нормально себя вести), а также привносит лучшее понимание этого феномена и позволяетставить более точный диагноз. Антропологический подход также способен удовлетворить неврологический запрос о мозговых коррелятах.

КАТЕГОРИЗАЦИЯ

Когда мы сталкиваемся с индивидуальной сущностью, мы никогда не рассматриваем ее как чисто индивидуальную, она может быть рассмотрена и как *тип* сущности (Husserl 1973; Schutz 1966). Например, когда я иду по улице, я воспринимаю определенные движущиеся сущности как человеческие существа. Более того, я даже могу углядеть в некоторых из них женщин-полицейских или врачей. Когда же я вхожу в аудиторию, я воспринимаю предметы мебели как парты, а существ, сидящих за ними, как студентов. Все эти сущности явлены мне как *родовые*. Я могу, конечно, воспринимать некоторых из них как уникальных индивидов, например, моих жену и дочь. Но в то же время я могу воспринимать этих индивидов как воплощения родовых категорий жены и дочери.

Необходимо отметить, что такое категоризующее восприятие появляется автоматически и незамедлительно, но очень часто я испытываю затруднения при определении тех “ключевых моментов”, которые помогают мне категоризировать. Конечно же, это задание будет относительно простым в случае женщины-полицейского или врача. Ключевыми моментами здесь будут форма и используемые ими инструменты, предметы (*tools-of-the-trade*). На самом деле, одной их первейших целей ношения форменной одежды является облегчение узнавания. В случае восприятия индивидов как студентов большую роль играют их положение в аудитории и их манера поведения по отношению ко мне, профессору, — эти факторы помогают мне их узнать. Категоризация обычно бывает спровоцирована большим количеством воспринятых предметов, которые легко укладываются в один хорошо знакомый паттерн. Но я буду испытывать затруднения при попытке перечисления этих предметов или описания паттерна, в который они складываются. Многие “ключевые моменты” остаются при этом незамеченными, но даже если я, более того, буду способен их воспринять как таковые, я вряд ли смогу подыскать такие слова, чтобы человек, услышав мое объяснение, мог опознать категорию. Таким образом, в процессе категоризации я воспринимаю организованную структуру черт, чье родовое (категориальное) значение уже мне знакомо.

Такая категоризация происходит на чисто *перцептивном* уровне опыта и демонстрирует *предъязыковое* знание о вещах. Когда я воспринимаю определенные сущности как студентов, я могу пойти дальше и сформулировать свою перцептивную догадку в суждение: “Вы студенты”. Но это суждение предполагает наличие у меня категориального значения этих воспринятых сущностей, данное мне в предъязыковой форме. Категоризация является способом *видения* вещей, вещи несут в себе свое собственное значение. Следуя Виттгенштейну, некоторые философы описывали видение (ударение на первый слог!) как “*видение как...*” (Hanson 1965, 4 – 30). Разговор о категоризации является просто другим способом описания этого “*видения как...*”.

Способность определять сущности как представителей каких-то родовых категорий требует наличия у субъекта какого-либо предыдущего опыта общения с этими сущностями. Эта способность *приобретается путем обучения* в результате прямых контактов с такими сущностями. Для понимания чего-то требуется прочесть или услышать об этом, то есть вступить с этим в непрямой контакт, но такое понимание отличается от способности категоризировать предмет при прямом с ним столкновении. И категоризация начинается незамедлительно и автоматически, “*без раздумий*”.

Мы считаем, что способность психиатра поставить достоверный диагноз шизофрении зависит в большой степени от его умения категоризировать человека как воплощение его родовой категории человеческого-бытия-в-мире (Schwartz и Wiggins 1987, Wiggins и др. 1990). Подобный акт категоризации представляет собой восприятие глобального целого, множества деталей, складывающихся в паттерн. Психиатр может быть способен описать только некоторые из “ключевых моментов”, которые запускают его процесс категоризации. Множество моментов могут остаться незамеченными и неопознанными, а даже если они и оказались замечены, крайне трудно будет описать их другому человеку, который еще не может опознать их. Также обстоит дело и с “*praesox feeling*” (“чувство шизофрении”) (Ruemke 1942). Психиатры затрудняются дать четкое объяснение тому, что же именно в поле их восприятия побуждает их испытывать это чувство, когда рядом с ними находится пациент. Однако у опытных психиатров, то есть психиатров, способных категоризовать, это чувство очень отчетливо. Таким образом, мы не можем сформулировать основы диагностики таким образом, чтобы неопытный человек, то есть человек, который не приобрел способность к категоризации через свой опыт, мог опознать такого пациента.

Х. С. Рюмке (1942) ввел понятие “чувство шизофрении” (“*praesox feeling*”) в различные дискуссии о диагностике шизофрении. Он же впоследствии предположил, что его можно заменить на понятие “*prae-*

cox experience” (“*переживание шизофрении*”), так как “оно не является чувством в полной мере” (Ruemke 1959, 305). Он утверждал, что симптоматика, на основе которой происходит диагностика шизофрении, должна включать в себя и это чувство психиатра. Самы по себе симптомы не являются достаточно надежным основанием для диагноза, разве что сам психиатр не будет утверждать присутствие особых, “шизофренических”, симптомов, о которых ему сигнализировало собственное *praesox feeling*. Таким образом, существует “что-то”, что воспринимается наряду с симптомами и что добавляет им шизофреническую “окраску”. Рюмке полагал, что это “что-то”, несмотря на то, что его можно наблюдать у пациента, не может найти своего выражения в словах. Однако, он все же пытался, насколько мог, описать “*praesox experience*”, характеризуя его как неспособность врача “вступить в эмпатические отношения” с больным (Ruemke 1942, 168). Больше чем за десятилетие перед тем, как публикации Рюмке увидели свет, Ясперс предположил, что отсутствие эмпатии и понимания являются обычной вещью в диагностике шизофрении. Он назвал этот недостаток эмпатии опытом “недоступного для понимания”. Точно также, Вирш предположил, что распознавание в человеке шизофреника в очень небольшой степени зависит от симптомов или отдельных особенностей. Он говорил, что распознавание не базируется исключительно на нахождении в пациенте чего-то такого, что было бы полностью “недоступным для понимания”. Он настаивал на том, что это распознавание скорее относится к фундаментальному способу бытия пациента (*Eine Daseinsweise*), его определенному “бытию в мире и принятию в нем участия” (Kraus, 2002).

Мы готовы утверждать, что эти различные виды поиска того, что же именно говорит нам о наличии шизофрении, являются просто разными способами описания категоризации, ведь категоризация относится к предъязыковой части опыта психиатра, ее трудно описать словами. И опытные врачи могут научиться распознавать эту всеобъемлющую сущность, когда они сталкиваются с ней.

Конечно же, категоризация, отнесение пациента к определенной группе, не может полностью описать процесс постановки достоверного диагноза. Врач еще должен думать, размышлять и иногда даже спорить с собой. Но эти размышления проходят в рамках категориального содержательного контекста, возникшего из прямого общения с пациентом, из его, пациента, слов, поведения, телодвижений и мимики.

Эта способность приобретается врачом как результат большого опыта общения с такими пациентами. Столкновение с этим паттерном, который не поддается определению, учит врача умению определять его. Даже незамеченные детали все равно являются данными психиатру на этом скрытом уровне, и они запускают опознание шизофреника в больном.

Отнесение пациента к категории страдающих шизофренией позволяет предсказать то, что феноменологи называют “горизонт ожиданий” — то, какими будут переживания больного и его поведение при нашей следующей встрече с ним. Категоризация описывает возможные варианты того, как пациент будет говорить и действовать. Некоторые из вариантов довольно широки, однако все они попадают в определенные рамки предсказания. Категоризация, таким образом, устанавливает границы вариативности поведения и речи, ожидаемых от пациента, при этом внутри этих границ многое остается неопределенным: врач никогда не знает, каково может быть следующее действие пациента, но он может быть уверен в том, что поведение пациента подпадет под родовую категорию шизофренического поведения.

Если же высказывания и поведение пациента выходят за рамки ожидаемого, врач может усомниться в поставленном им диагнозе. Другими словами, если действия или слова пациента оказываются за пределами границ вариативности, предсказанных категоризацией, это противоречит ей. Категоризация, таким образом, хотя она и представлена на уровне автоматического восприятия, становится объектом подтверждения или опровержения.

Мы хотели бы подчеркнуть, что мы “воспринимаем” переживающего субъекта и мир, который он переживает. Другими словами, категоризация охватывает *субъектность* больного, хотя и чересчур абстрактно и общо. Итак, то, что воспринимается в процессе категоризации, является не просто признаками и симптомами заболевания, перечисленными в таких руководствах, как DSM-IV-TR. Альфред Краус справедливо говорит об “интуиции”, которая отражает иной способ человеческого бытия (Kraus 1987, 2002). Конечно же, этот иной способ представлен в словах, жестах, позе и мимике больного, но в результате категоризации, “через” эти внешние проявления специалист видит глубоко измененное состояние пациента. Этот иной вид человеческой экзистенции, так объемно и бессловесно охватываемый в процессе категоризации, должен быть описан в рамках экзистенциального типа.

ИДЕАЛЬНЫЕ ТИПЫ

В своей “Общей психопатологии” Карл Ясперс (1963) говорит о том, что идеальные типы составляют одну из основных форм категоризации в психопатологии. Ясперс позаимствовал понятие идеальных типов у своего друга, социолога Макса Вебера (1949). Вебер был не согласен с убеждением социологов в том, что понятия, используемые ими, полностью охватывают самую суть экономики, политики, общества и др. Он считал, что категоризация, используемая в социальных науках, наилучшим образом отражает различные аспекты социального мира, которые,

в свою очередь, также состоят из множества аспектов. Другими словами, категоризация в социальных науках действует очень выборочно: она охватывает одни аспекты реальности, упуская при этом другие. То, какие именно компоненты оказываются охваченными, диктуется нашими *познавательными интересами*. Выбор аспектов для исследования направляется *ценостным суждением, ценностью цели*, которую мы преследуем, тем, что, как мы полагаем, *важно знать*.

Что же касается психиатрии, то там наш интерес заключается в разработке представлений о синдромах, которые помогут врачам ставить достоверный диагноз, то есть, представлений, которые помогли бы врачам прийти к согласию относительно того, какое именно расстройство имеет тот или иной пациент (Schwartz и Wiggins 1994, Schwartz и др. 1995). Такой интерес имеет ряд причин, например исследовательских, лечебных, коммуникативных и административных. Постановка достоверного диагноза может сильно выиграть от “операционализации” диагностических категорий, чтобы разные врачи могли опознать и увидеть различительные характеристики.

Если, подчиняясь такому интересу, разрабатывать все больше и больше категорий, то появится целый *ракурс или концептуальная точка зрения* на исследуемую реальность. При определении категорий происходит выбор тех аспектов реальности, которые соответствуют нашему интересу, а другие аспекты игнорируются. Такая концептуальная точка зрения, не зависимо от того, насколько хорошо она разработана, является *однобокой и неполной* в отношении охвата реальности. Другие ракурсы, подчиняющиеся другим интересам, разрабатываются таким образом, что они охватывают иные аспекты.

Вебер охарактеризовал процесс определения идеального типа следующим образом:

“Идеальный тип строится на основе одностороннего выделения одной или более точек зрения и на основе синтеза огромного количества разобщенных, разрозненных, обычно присутствующих и периодически отсутствующих конкретных идивидуальных феноменов, которые организованы в единый мысленный конструкт согласно односторонне выделенным точкам зрения (1949, 90)”.

Необходимо отметить, во-первых, что идеальный тип обозревается с определенной точки зрения: он однобок и фрагментарен в описании реальности. Во-вторых, идеальный тип является сочетанием отдельных компонентов: он рассматривает очень далеко стоящие друг от друга аспекты реальности как осмысленное концептуальное единство, он говорит: “Шизофрения — это A, B, C и D”. В-третьих, тем не менее, идеальный тип достигает целостности связей, осмысленности путем объединения тех компонентов, которые редко ложатся в единое целое, но которые мы по-прежнему будем рассматривать как подпадающие под идеальный тип. Так получается потому, что ас-

пекты реальности, входящие в идеальный тип, непосредственно воплощены в одних реальных случаях, иллюстрирующих понятие, частично воплощены в других и полностью отсутствуют в третьих. Именно по этой причине Вебер позднее говорил об идеальном типе как об “утопии”: особенности идеального типа не всегда являются четко представленными в реальности, хотя все-таки может быть полезным исследование реальности с точки зрения идеального типа. Например, может быть полезным спросить: “Почему в этом случае, который по другим параметрам точно является шизофренией, отсутствует составляющая В?”

Идеальные типы сильно напоминают “многокатегориальные понятия” душевных расстройств, отраженные в DSM-IV-TR. Во-первых, многокатегориальные понятия DSM-IV-TR также являются односторонними и фрагментарными: они пытаются описать только синдромы расстройств, они не могут включить в рассмотрение все их аспекты. Следовательно, есть множество моментов, которые DSM-IV-TR полностью упускает. Во-вторых, многокатегориальные понятия сочетают существенное количество разрозненных особенностей и таким образом формируют единое значение расстройства, которое, однако, ограничено. В-третьих, многокатегориальные понятия включают те проявления, которые могут и не быть представленными в реальных случаях, и тем не менее такие случаи по-прежнему квалифицируются как примеры данного понятия. Авторы DSM-IV-TR пишут:

“Нет никаких... сомнений, что люди, страдающие одним и тем же расстройством, являются очень разными даже по некоторым существенным параметрам. Врачи, использующие DSM-IV-TR, должны всегда помнить, что индивиды, страдающие одним заболеванием, скорее всего будут различаться по существенным критериям, на которых базируется диагноз....”(DSM-IV-TR, xxxi).

Другими словами, основные особенности, охваченные многокатегориальными понятиями, не являются обязательными условиями включения расстройства в определенный класс. DSM-IV-TR, однако, говорит о ряде особенностей, черт, которые важны для зачисления случая в класс даже тогда, когда случай не имеет некоторых особенностей. Также многие понятия DSM-IV-TR оговаривают некоторые условия исключения случаев из класса. Наша мысль остается прежней: логика понятийного формирования в DSM-IV-TR очень сильно напоминает логику идеальных типов Вебера и Ясперса.

В “Диагностических критериях шизофрении” DSM-IV-TR уточняется, что группа “характерных симптомов” может состоять из “двух (или более) нижеперечисленных симптомов, которые должны присутствовать в течение одного месяца (или менее, в зависимости от лечения)” (DSM-IV-TR 2000, 312). Далее следует перечисление:

- 1) мании
- 2) галлюцинации
- 3) расстройства речи (например, сбивчивость и бессвязность)
- 4) грубые расстройства поведения, включая кататонию
- 5) негативная симптоматика, включающая эмоциональное уплощение, алогия или абулия (DSM-IV-TR 2000, 312).

Многокатегориальные понятия DSM-IV-TR состоят из “синтеза (*Zusammenschluss*) огромного количества разобщенных, разрозненных, обычно присутствующих и периодически отсутствующих конкретных индивидуальных феноменов”. Уточнение о том, что “два (или более)” из этих “характерных симптомов” должны быть представлены для постановки диагноза шизофрении, предполагает, что три из них могут отсутствовать (или присутствовать “в большей или меньшей степени”) и диагноз по-прежнему будет подтвержден. Один больной может иметь симптомы 1) и 3), а другой может страдать от 2) и 4) и они оба, несмотря на это, являются шизофрениками.

Многокатегориальные понятия DSM-IV-TR были созданы для особых нужд психиатрии, и для удовлетворения этих нужд понятия остаются закрытыми для включения в них тех аспектов расстройств, которые могут быть операционально определены. Необходимо также помнить, что эти понятия не стремятся к отражению сущности расстройств. Они могут помочь в раскрытии сущности заболеваний, но они ее не описывают.

ЭКЗИСТЕНЦИАЛЬНЫЕ ТИПЫ

Понятие экзистенциальных типов включает в себя представления о различных формах человеческого-бытия-в-мире (Kraus 1991). Из-за большого количества различных форм бытия экзистенциальных типов может быть очень много. Такое разнообразие человеческих типов происходит из-за обилия факторов, формирующих человеческое существование: биология, общество, история, личный опыт и т.д. И мы можем говорить о том, что в результате совместного влияния всех этих факторов в человеке формируются базовые тенденции переживания этого мира и определенные паттерны поведения в нем. Мы можем, таким образом, говорить о базовой *предрасположенности к переживанию и действию определенным образом*, хотя эта предрасположенность должна пониматься очень широко. В итоге, можно сказать, что у человека есть базовые тенденции, направляющие его к или от определенных способов восприятия, чувствования, оценки, размышления, выбора и действия.

Предрасположенности имеют разные масштабы из-за различия в силе стоящих за ними мотиваций. Масштаб предрасположенности может быть настолько велик, что человеку не остается ничего, кроме

как действовать и переживать согласно предрасположенности. Сильная предрасположенность может, таким образом, превысить другие способы переживания и реагирования. Мы говорим о таком человеке, как о *неспособным переживать и вести себя каким-либо образом*, отличным от диктуемого сильной предрасположенностью.

Позвольте нам привести примеры предрасположенностей различного масштаба. Некоторые люди ориентированы на социальную конформность, другие же устойчивы по отношению к социальным ролям. Некоторые из ориентированных на конформность очень слабо мотивированы в ее направлении, мотивация других крайне сильна, и они подчиняются социальным нормам. Некоторые настолько сильно мотивированы в отношении конформности, что оказываются склонными идентифицировать свое бытие с социальными ролями, которые они играют. Мы назовем эту последнюю предрасположенность “гиперномией”. Существуют другие люди, которые идентифицируются с социальными ролями, но оказываются неспособными играть их из-за собственных беспокойств. Мы назовем эту предрасположенность “идиономией”. Если же говорить о людях, которые демонстрируют устойчивость по отношению к социальным ролям, то о них мы можем сказать, что они очень слабо мотивированы, так как готовы исполнять роль, если этого требует ситуация, но не склонны идентифицировать себя с ролями, которые они играют. Другие же исполняют свои социальные роли очень успешно и убедительно, совершенно не идентифицируя себя с этими ролями. Эту предрасположенность мы назовем “гипономия”. Более того, существуют люди, мотивированные на сохранение аутентичности своей личности, которые жестоко противятся исполнению определенных ролей — мы назовем эту предрасположенность “аномия”. Как мы потом отметим, последняя предрасположенность очень характерна для тех, кого мы называем “шизофрениками” (Schwartz и Wiggins 2000).

Итак, мы охарактеризовали четыре возможные предрасположенности, но это не исчерпывает все варианты предрасположенностей (Stanghellini 2000). Таким образом мы приближаемся к большей согласованности и полноте нашей антропологии. Ведь для того, чтобы сделать антропологию теоретическим фундаментом для психиатрии и психопатологии, нам понадобится описать много других базовых предрасположенностей и их влияние на человеческие поступки и переживания. Однако в этом эссе мы ограничимся вышеприведенными примерами.

Некоторые из вышеописанных предрасположенностей могут сосуществовать в одном человеке, несмотря на их очевидные различия. В самом деле, человеческое бытие-в-мире обычно формируется различными предрасположенностями, совместно функционирующими в одном человеке, тянувшими

его в одну и ту же или противоположные стороны. Ограничиваешь описание четырех предрасположенностей, мы теперь постараемся описать то, как они могут сосуществовать в одном индивиде.

Представьте себе двух продавцов, которые хвалятся своими успехами. Один из них использует тактику давления, когда уговаривает покупателей приобрести товар, даже если он видит, что покупатель не заинтересован в его товаре и придется оказывать очень сильное давление. Этот человек гипономичен, потому что он успешно исполняет роль продавца, но он использует хитрость и давление. Он может, несмотря ни на что, верить в то, что товар необходим клиенту, хотя бы и пришлось навязывать ему этот товар, заставлять приобрести его путем хитрости и манипуляций. А его убеждение в том, что его работа приносит высокую пользу обществу, демонстрирует его гиперномию. Обе предрасположенности, гиперномия и гипономия, существуют в его личности. С другой стороны, нетрудно представить другого торговца, несущего в себе гиперномию и идиономию. Он также уверен в том, что его товары и его профессия приносят пользу обществу — в этом и заключается его гиперномия. Но, однако, он может волноваться по поводу того, что продукты недостаточно экологически чисты, что его компания делает слишком мало для улучшения их качества. Он знает о том, что безопасность товара подтверждена исследованиями, но он думает о том, что возможно существуют лучшие тесты. Он также может беспокоиться о слишком высокой цене товара. Эти беспокойства ярко демонстрируют его идиономию. Однако, из-за своей убежденности в пользе товара, он продолжает продавать его.

В случае последнего продавца можно с готовностью отметить связь между ярким проявлением предрасположенностей и психопатологическими проявлениями, или даже болезнью. Его беспокойства могут быть связаны с расстройствами сна и, вследствие этого со злоупотреблением снотворным. Он может начать собирать амулеты, приносящие ему везение в торговле или стать зависимым от стереотипных действий и ритуалов. Альтернативой этому может служить употребление алкоголя для успокоения перед работой или переживание панического состояния во время работы. Он также может пережить “нервный срыв”, глубокую депрессию или приступ обсессивно-компульсивного расстройства.

Мы вовсе не утверждаем, что ярко выраженные предрасположенности являются основой психической патологии и психических заболеваний, но предрасположенности и психическая патология очень хорошо ложатся в узнаваемые паттерны. Поэтому в то время, как люди, страдающие шизофренией, демонстрируют наивысшую степень аномии, люди с наивысшей степенью аномии не всегда являются шизофрениками. Конечно, можно заподозрить шизофреника в зрелом математике, который начинает вставлять аст-

рологические символы и личностные смыслы в стандартные уравнения, и который одевается, ведет себя и разговаривает очень эксцентричным и нетрадиционным образом. Его коллеги пытаются разговаривать с ним, но его становящееся бесцеремонным странное поведение показывает его неспособность соответствовать социальным нормам. Эта простая неспособность соответствовать нормам может стать причиной глубоких страданий для него самого и окружающих его людей. Но в то же самое время, таким туманно-неопределенным образом для окружающих он может переживать внезапные инсайты, космические, религиозные или метафизические откровения (Jaspers 1963, 284).

Конечно же, тот факт, что этот человек продолжает ходить на работу и каждый день читать лекции, во все более странной, но все еще профессиональной манере, говорит о примеси некоторой степени гиперномии в этом аномичном ученом. Предрасположенности, как мы говорили, никогда не бывают чистыми, изолированными. Индивид имеет большую или меньшую степень выраженности предрасположенности за счет их комбинаций. При наличии большей степени гиперномии наш профессор может представлять свои невероятные идеи как конечную и наивысшую истину о "Едином Пространстве Математики, Космологии, Физики, Религии и Гуманитарных Наук". При высокой степени идиономии наш профессор, наоборот, мог бы выпасть из общества и жить отшельником в заброшенном школьном автобусе на свалке. При гипономии он мог бы напасть на человека или даже убить его, руководствуясь странными, но очевидно вескими причинами.

Эта смесь предрасположенностей у профессора-шизофреника может проявляться в его застенчивой, скромной манере поведения перед аудиторией (идиономия), и в то же время он может внезапно жестоко и эгоистично высмеять наиболее старательных студентов (гипономия).

Мы хотим показать, что качества, которые кажутся противоречащими друг другу и совершенно несовместимыми, могут сосуществовать в одном человеке. На самом деле, человек оказывается способен к сосредоточению в своей жизни смысла и цели благодаря умению овладеть своими противоречивыми предрасположенностями. Эта возможность сосредоточить в своей жизни цель и смысл, несмотря на тянувшие его в разные стороны предрасположенности, может служить мерой здоровья, ведь некоторые предрасположенности настолько сильны, что человек не способен ни на что, кроме подчинения им. Такой человек "болен", потому что его предрасположенности не позволяют ему действовать против них, против их могущественной сути. Огромное количество возможностей проходят мимо этого человека: он в гораздо большей степени, чем здоровые люди, во многих отношениях неспособен переживать это мир и действовать в нем.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ: МЕДИЦИНСКИЕ И АНТРОПОЛОГИЧЕСКИЕ ПЕРСПЕКТИВЫ ПОНИМАНИЯ ШИЗОФРЕНИИ

Мы утверждаем, что шизофрения не является заболеванием в таком же смысле как опухоль мозга или нейросифилис. До сих пор неизвестна этиология шизофрении и факторы резистентности к ней. Более того, отмечены измеряемые свойства шизофрении, такие как тяжесть психопатологических расстройств, стойкость, и прогредиентность. С антропологической точки зрения, человек с шизофренией может рассматриваться как "тип личности", способной к утонченному пониманию и откровениям, но больной, потому что шизофреническая психопатология сковывает его способность правильно вести себя в важных ситуациях.

Антропологический подход к пониманию шизофрении может быть полезен многим: человеку, страдающему шизофренией, клиницисту, который должен лечить этого человека, и специалисту по нейронаукам, который заинтересован в тщательном изучении мозговых проявлений шизофрении. Люди, страдающие шизофренией, благодаря рассмотрению своей ситуации как части более широкого человеческого контекста, способны к лучшему самопониманию, воспринимая себя одновременно и как здоровых людей и как людей, возможно страдающих от болезни. Таким образом облегчается диалог с другими. Аналогично, клиницисты способны лучше прояснить, что именно в шизофрении является патологическим, а что нет. Антропологический подход также может помочь в исследованиях мозговых коррелятов и причин психических заболеваний. Кроме того, антропологическая перспектива понимания шизофрении и других психических расстройств, благодаря преодолению предубеждения по отношению к норме, расширяет наше обобщенное понимание принципиального вопроса о том, что значит быть человеком.

ЛИТЕРАТУРА

- DSM-IV-TR, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, Fourth Edition, Text Revision, American Psychiatric Association, Washington, D. C., 2000.
- International Classification of Diseases*, World Health Organization, Geneva, Switzerland, 1992.
- Binswanger, Ludwig, *Being-in-the-World*, Harper, N. Y., 1967.
- Blankenburg, Wolfgang, A Dialectical Conception of Anthropological Proportions, in A. J. J. De Koning, F. A. Jenner (Eds), *Phenomenology and Psychiatry*, Grune & Stratton, N. Y., 1982, 35 – 50.
- Blankenburg, Wolfgang, First Steps Toward a Psychopathology of 'Common Sense,' *Philosophy, Psychiatry & Psychology* 2001;8:303 – 315.
- Bleuler, Eugen, *Dementia Praecox or the Group of Schizophrenias*, I. U. P. N. Y., 1950.
- Buytendijk, F. J. J., *Prolegomena to an Anthropological Physiology*, Duquesne, Pittsburgh, 1974.
- Doerr-Zegers, Otto, Existential and Phenomenological Approach to Psychiatry, in M. G. Gelder, J. J. Lopez-Ibor, N. Andreasen (Eds), *New Oxford Textbook of Psychiatry*, Vol. 1, Oxford, 2000, 357 – 362.

Шизофрения: медицинская и антропологическая перспективы

- Ey, Henri, *Consciousness*, Indiana, Bloomington, 1978.
- Gehlen, Arnold, *Man: His Nature and Place in the World*, Columbia, N. Y., 1988.
- Grene, Marjorie, *The Understanding of Nature*, Reidel, Boston, 1974.
- Hanson, Norwood Russell, *Patterns of Discovery*, Cambridge, London, 1965.
- Heidegger, Martin, *Being and Time*, S. U. N. Y, Albany, 1996.
- Husserl, Edmund, *Experience and Judgment*, Northwestern, Chicago 1973.
- Jaspers, Karl, *General Psychopathology*, Chicago, 1963.
- Jackson, Michael, Fulford, K. W. M., Spiritual Experience and Psychopathology, *Philosophy, Psychiatry & Psychology* 1997;4:41 – 65.
- Jonas, Hans, *The Phenomenon of Life*, Dell, N. Y., 1966.
- Kimura Bin, The Phenomenology of the Between: On the Problem of the Basic Disturbance in Schizophrenia, in De Koning, A. J. J., Jenner, F. A. (Eds), *Phenomenology and Psychiatry*, Grune & Stratton, N. Y., 1982, 173 – 185.
- Kimura Bin, Cogito and I: A Bio-logical Approach, *Philosophy, Psychiatry & Psychology* 2001;8:331 – 336.
- Kobayashi, Toshiaki, *Melancholie und Zeit*, Stroemfeld, Basel, 1998.
- Kraepelin, Emil, *Dementia Praecox and Paraphrenia*, Robert E. Krieger, Huntington, N. Y., 1971.
- Kraus, Alfred, The Significance of Intuition for the Diagnosis of Schizophrenia, in M. Maj, N. Sartorius (Eds), *Schizophrenia*, Vol. 2, Wiley, Chichester, 2002, 47 – 49.
- Kraus, Alfred, The Significance of Phenomenology for Diagnosis in Psychiatry, *Psychiatry and Phenomenology*, Duquesne, Pittsburgh, 1987, 25 – 46.
- Kraus, Alfred, Methodological Problems with the Classification of Personality Disorders: The Significance of Existential Types, *Journal of Personality Disorders* 1991; 5; 82 – 92.
- Kraus, Alfred, Phenomenological-Anthropological Psychiatry, in F. Henn, N. Sartorius, H. Helmchen, H. Lauter (Eds), *Contemporary Psychiatry, Vol. 1*, Springer, 2000, 339 – 355.
- Kretschmer, Ernst, The Sensitive Delusion of Reference, in S. R. Hirsch, M. Shepherd (Eds), *Themes and Variations in European Psychiatry*, Virginia, Charlottesville, 1974, 151 – 195.
- Minkowski, Eugene, *Lived Time*, Northwestern, Chicago, 1970.
- McHugh, Paul, Slavney, Phillip, *The Perspectives of Psychiatry*, 2nd Edition, Johns Hopkins, Baltimore, 1998.
- Plessner, Helmut, *Laughing and Crying*, Northwestern, Evanston, 1970.
- Plessner, Helmut, *Die Stufen des Organischen und der Mensch, Gesammelte Schriften IV*, Suhrkamp, 1981.
- Pluegge, Herbert, *Der Mensch und sein Leib*, Niemeyer, Tuebingen, 1967.
- Portmann, Adolf, *A Zoologist Looks at Humankind*, Columbia, N. Y., 1990.
- Ruemke, H. C., Das Kernsymptom der Schizophrenie und das "Praecox-gefühl," *Zentralbl Gesamte Neurol Psychiatrie* 1942;102:168 – 169.
- Ruemke, H. C., The clinical differentiation within the group of the schizophrenias, in W. A. Stoll (Ed) *Proceedings of the Second International Congress for Psychiatry*. Orell Fuessli, Zurich, 1959, 302 – 310.
- Sass, Louis A., Self and World in Schizophrenia: Three Classic Approaches, *Philosophy, Psychiatry & Psychology* 2001;8:251 – 270.
- Scheler, Max, *Man's Place in Nature*, Noonday Press, N. Y., 1961.
- Schutz, Alfred, Type and Eidos in Husserl's Late Philosophy, in A. Schutz (Ed) *Collected Paper III, Studies in Phenomenological Philosophy*, Nijhoff, The Hague, 1966, 92 – 115.
- Schwartz, Michael Alan, Wiggins, Osborne P., Typifications: The First Step for Clinical Diagnosis in Psychiatry, *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 1987; 175: 65 – 77.
- Schwartz, Michael A., Wiggins, Osborne P., The Limits of Psychiatric Knowledge and the Problem of Classification, in John Z. Sadler, O. P. Wiggins, M. A. Schwartz, Michael A. (Eds), *Philosophical Perspectives on Psychiatric Diagnostic Classification*, Johns Hopkins, Baltimore, 1994.
- Schwartz, Michael A., Wiggins, Osborne P., Norko, Michael, Prototypes, Ideal Types, and Personality Disorders: The Return to Classical Phenomenology, in W. J. Livesley, (Ed), *The DSM-IV Personality Disorders*, Guilford, N. Y., 1995, 417 – 432.
- Schwartz, Michael, Wiggins, Osborne, "Pathological Selves," in D. Zahevi (Ed), *Exploring the Self*, Benjamins, Philadelphia, 2000, 257 – 277.
- Stanghellini, Giovanni, The Phenomenology of the Social Self: The Schizotype and the Melancholic Type, in D. Zahevi (Ed), *Exploring the Self*, Benjamins, Philadelphia, 2000, 279 – 294.
- Stanghellini, Giovanni, "Psychopathology of Common Sense," *Philosophy, Psychiatry & Psychology* 2001; 8: 201 – 218.
- Straus, Erwin, *The Primary World of Senses*, Free Press, N. Y., 1963.
- Straus, Erwin, *Phenomenological Psychology*, Garland, N. Y., 1980.
- Straus, Erwin, *Man, Time, and World*, Duquesne, Pittsburgh, 1982.
- Szasz, Thomas, *The Myth of Mental Illness*, Harper, N. Y., 1974.
- Tatossian, Arthur, *La phenomenologie des psychoses*, L'art du Comprendre, Paris, 1997.
- Tellenbach, Hubertus, *Melancholy*, Duquesne, Pittsburgh, 1980.
- Urfer, Annick, "Phenomenology and Psychopathology of Schizophrenia: The Views of Eugene Minkowski," *Philosophy, Psychiatry & Psychology* 2001; 8: 279 – 289.
- Weber, Max, *The Methodology of the Social Sciences*, Free Press, N. Y., 1949.
- Von Gebsattel, V. E., *Prolegomena einer Medizinischen Anthropologie*, Springer, Berlin, 1954.
- Von Weizsaecker, Viktor, *Der Gestaltkreis*, Suhrkamp Taschenbuch, 1973.
- Wiggins, O. P., Schwartz, M. A., Northoff, G., "Toward a Phenomenology of the Initial Stages of Schizophrenia," in M. Spitzer, B. A. Maher (Eds), *Philosophy and Psychopathology*, Springer, N. Y., 1990, 21 – 34.
- Wiggins, O. P., Schwartz, M. A., Naudin, J, "Husserlian Comments on Blankenburg's 'Psychopathology of Common Sense,'" *Philosophy, Psychiatry & Psychology* 2001;8:327 – 329.
- Zutt, Jurg, *Auf dem Wege zu einer Anthropologischen Psychiatrie*, Springer, Ber

Перевод Марии Дядюновой

Феномен инобытия (часть 2)¹. Гипотеза трансцендентальной психиатрии

И. М. Беккер (Набережные Челны)

После рассмотрения трех важнейших проявлений психической патологии через призму феноменологической психиатрии, описания клинического случая **феномена инобытия** и представления на суд читателей современного прочтения “среды обитания души” (как одного из важных способов косвенного изучения больной душевной жизни), есть смысл попытаться выстроить некую гипотезу “трансцендентальной психиатрии”, как психиатрии, выходящей за пределы обычного традиционного медицинского научознания.

Попробуем в двух-трех словах вспомнить главные вехи научной психиатрии двух прошедших столетий. Итак, после открытия этиологии прогрессивного паралича, установления прямой связи между грубыми повреждениями мозга травмой, инфекцией, сосудистыми заболеваниями, с одной стороны, и теми или иными психическими нарушениями, с другой стороны, была построена модель клинико-нозологической психиатрии, в которой имелся определенный материальный анатомический субстрат, его повреждение и, как результат, то или иное психическое нарушение. Психиатрия становилась в один ряд с другими медицинскими дисциплинами, и многие психиатрические корифеи прошлых столетий, а следом и мы сами, как заклинание повторяли, что это хорошо, что так и должно быть, что психиатрия, такая же точно клиническая дисциплина, как терапия, хирургия или гинекология. А что случилось дальше? В конце 19-го столетия Э. Крепелин, используя принцип эквифинальности, выстроил здание *dementia precoox*. Во “Введении в психиатическую клинику”, переизданном в наши дни, мы читаем: “Большинство неизлечимых больных, скапляющихся в психиатрических больницах, принадлежат к преждевременному слабоумию, клиническая картина которого характеризуется прежде всего более или менее далеко идущим распадом психической личности...”. А в издании 1900 г. (Гейдельберг) он писал: “Смысл и значение нашего диагноза заключались бы следовательно в том, чтобы теперь уже, в самом начале страдания, быть бы в состоянии с некоторой вероятностью предсказать исход в своеобразную психическую слабость”. Вскоре E. Bleuler его поправил и дал психиатрическому сообществу, как он полагал, основное расстройство шизофрении, в виде знаменных четырех “а” (ассоциации, аффект, амбивалентность, аутизм). Прошло несколько десятилетий, и ученый мир засомневался и в его основном расстрой-

стве, и в симптомах первого ранга K. Schneider. Затем психиатрическое сообщество захлестнула волна сотен разработок патогенеза шизофрении и построения теорий, от дофаминовой до вирусной. С чем же мы вошли в 21 век? Этиология шизофрении, как и остальных эндогенных заболеваний, носит сугубо предположительный характер. Знание о патогенезе, говоря словами Гуссерля, проблематично. Клиника — кто во что горазд. “Путешествие из Петербурга в Москву”, совершенное в аспекте клинических подходов к шизофрении, — прямое тому подтверждение, не говоря о МКБ-10, DSM-4 и т.д. Исход заболевания, как единное понятие, не существует, поскольку этих исходов столько, сколько имеется самих больных. Что же остается от клинико-нозологической единицы, именуемой главным психическим заболеванием? Но я, как и тысячи моих коллег твердо убежден, что болезнь эта реально существует, только вот всё время выпрыгивает из рук, как скользкая лягушка.

История показывает, что как только ученый мир сталкивался с очередным мировоззренческим или научным кризисом, появлялись на первый взгляд странные, необычные гипотезы, сутью которых, как правило, было изменение системы координат. Ясперс начал процесс выхода за пределы общепринятой на то время научной психиатрии, поставив перед собой гуссерлевский вопрос, каким образом получить достоверное, аподиктическое знание о душевных переживаниях психически больного, недоступных прямому наблюдению и изучению психопатолога? Он начал созидание нового мира в психиатрии, нового подхода к самим основам психиатрического знания. Н. В. Мотрошилова пишет в последнем исследовании философии Гуссерля: “Такая ситуация в истории мысли 19–20 веков не была исключительной. Математикам, физикам, лингвистам, логикам, ученым других специальностей выпала доля и удача ввести такие “новые миры” в свои теоретические дисциплины. Понятно, что “мир” Римана, Лобачевского отличался от “мира” Евклида, “мир” Эйнштейна существенно отличался от “мира” Ньютона”. Логика подсказывает, что есть смысл попытаться совершить изменение координат, т.е. выйти за пределы традиционной медицинской науки — психиатрии, взглянуть на проблемы клиники эндогенных психозов другим взглядом. Слово “трансцендентальная” используется здесь не только в философском общепринятом смысле, а и в лингвистическом смысле, именно, как совершение выхода за пределы. Сразу оговоримся, что автор — отнюдь не приверженец парапсихологических, фантастических, религиозных и иных ненаучных взгля-

¹ См. НПЖ, 2003, № 4.

дов. Убежден, что существует и должна существовать традиционная научная психиатрия, как эмпирическая наука, пользующаяся многовековым опытом сотен и тысяч ученых психиатров и врачей практиков. Существует и теоретическая часть традиционной психиатрии, предметом изучения которой являются все процессы, происходящие в материальных субстратах мозга и других органах и системах человека, в том числе и при эндогенных заболеваниях, в той степени, когда имеется этот материальный субстрат, имеются биохимические и иные биологические процессы, коррелятивно связанные с сутью заболевания. Но сегодня нет основания утверждать, что шизофрения развивается из-за поражения конкретного биологического субстрата — например, таламуса, гипоталамуса, бледного шара или ретикулярной формации мозга. Более того, даже попытки объяснить чувство витальной тоски при депрессии только изменением обмена серотонина, норадреналина и других биологически активных веществ, являются несколько наивно-материалистическими. Это всё-равно, что объяснять великое чувство любви выбросом гормонов половых желез. Может быть, неудачи с поиском основного патогномоничного расстройства при шизофрении и объясняются стремлением “быть как все”. Может ли психиатрия быть “как все”? Существует расхожая шутка, что ветеринары изучают все те же болезни, что и врачи, кроме психиатрии. Значит, есть нечто существенное, что отличает психическое заболевание от любого другого. Почему же мы так упорно утверждаем, что наша наука “как все”, что мы обязательно должны найти некую извилину Брока, ответственную за шизофрению, что обязательно должен быть гормон, симптом, несколько симптомов, синдром, однозначно сигнализирующие о главной беде психики человека.

Итак, давайте оставим традиционной научной психиатрии изучение материальных субстратов психических нарушений при всех экзогенных, органических, экзогенно-органических заболеваниях мозга. Там можно жестко выстроить клинико-нозологическую парадигму. Но как только мы наступаем на колеблющуюся поверхность эндогенного психиатрического болота, нужно немедленно ухватиться за ветку дерева, растущего вне этого болота, на другой, более твердой почве. Будучи молодым психиатром, изучая “Псевдогаллюцинации” В. Х. Кандинского, я пытался сформулировать для себя, адаптировать для понимания, понять, что это такое — псевдогаллюцинации, что же это такое “внутреннее поле зрения”? Или, помните Гамлета: “Отец — о, вот он предо мной! В очах души моей, Гораций”. Что это такое? А почему бредовый больной с безупречной, подчас, логикой выстраивает свои идеи, почему невозможно достучаться до аутичного больного, который сидит рядом, но неприступен. Пытался, но не мог. Овладевая психиатрией в дальнейшем, я убеждался не раз, что действительно существует та лакуна, куда уперся Ясперс при изучении аутизма. Так не до конца понятыми и остались

бред, эндогенная депрессия с витальностью, аутизм. Придумал для молодых врачей байку, что все эти феномены, такие же, примерно, в смысле понимания, как иррациональные числа. Вроде, есть эти числа, ими пользуются, но как их точно осознать, как их пощупать, никто до конца не знает. Но ведь эти четыре феномена — одни из главных проявлений эндогенных психических расстройств. Приходим неминуемо к выводу, что самые-то основные проявления эндогенных психических болезней мы не можем опознать, осознать, ухватить, как принципиально иные, как нечто такое, что априорно непознаемо изнутри традиционной парадигмы научной психиатрии, в её сегодняшнем виде. Тогда мы попытались совершить гипотетический “выход за пределы”, трансцендентальным взглядом не изнутри психиатрии, а из некоего “прекрасного далёка” взглянуть на привычные нарушения и понятия. Мы увидели, что все основные феномены эндогенных психических нарушений не могут вписаться в обычное понятие симптома или синдрома, что они нечто, неизмеримо большее, тяготеющее к тому, что Ясперс именовал “объемлющим”. А раз бред, аутизм, витальная тоска — нечто большее, чем просто символ, знак, внешнее проявление болезни, то и опознать обычным способом это нечто большее невозможно. Ибо мы говорим с человеком, болеющим эндогенным заболеванием, на разных языках. Психиатры и много раньше подбирались к инобытийной сущности эндогенных расстройств. Kik писал об “особом онтологическом статусе”. В предыдущих статьях мы цитировали и Кандинского, и Ясперса о сходном понимании бреда. А вот, в совсем недавно появившейся книге В. Г. Ротштейна “Психиатрия. Наука или искусство?” встречаем пассаж на ту же тему: “Бред — явление совершенно другого происхождения. К интерпретации окружающего он не имеет никакого отношения... бредовая идея и аргументы, выдвигаемые при споре с больным, оказываются в “непересекающихся плоскостях”. Они просто не могут взаимодействовать друг с другом, и именно поэтому (а вовсе не из-за упрямства пациента или из-за нашей интеллектуальной беспомощности) переубедить больного нельзя”. Та же мысль об изменении координат, об изменении самого способа существования больного. Но если это было очевидным для наших учителей и является очевидным сегодняшним психиатрам, то только стереотипами нашего собственного мышления можно объяснить упорное стремление традиционным симптомо-синдромологическим образом пытаться описать и обозначить сущность известных феноменов эндогенных психических нарушений. Именно в связи этим стоило бы воспользоваться феноменологической редукцией Гуссерля-Ясперса для воздержания (эпохи) от стереотипов, штампов, от всего, что Гуссерль именовал проблематичным и что предлагал отправить “за скобки”. Позволю привести ещё один блестящий пассаж из последней работы Н. В. Мотрошиловой: “Гуссерль во

многом прав. Хотят этого философы или нет, осознают они это или нет, только философия отличается от многих других обыденных и научных занятий *специфическим подходом* к миру, действительности в широком смысле, к человеку, в том числе к самому себе как познающему субъекту. Не-философы имеют полное право не заниматься (пока это не будет затребовано сутью их дела — такое тоже случается) вопросом о том, как именно мир нам дан, как его “творит”, конституирует сознание, им не обязательно (хотя иногда, оказывается, нужно) вникать в проблему “трансцендентального факта”, т.е. данности мира не иначе, чем через сознание”. Может, наступил как раз такой момент, и нам нужно вникнуть в проблему “трансцендентального факта”.

Попробуем, освободившись от давления на наше сознание всевозможных классификаций, оценить суть переживаний человека, больного шизофренией, с аутизмом, бредом и псевдогаллюцинациями. Например, такого, какой описан в нашем клиническом случае (НПЖ № 4, 2003 г.). Каково будет наше первое впечатление и знание об этом человеке? Возникает ощущение, впечатление, осознание, что он во всём иной, другой, “чужой среди своих”. Таким цельным восприятием при совершении трансцендентального выхода за пределы традиционной психиатрии мы улавливаем и опознаем сущность феномена, как **инобытие**. В чём главное отличие этого сложного феномена от обычных симптомов или синдромов? В его принципиальной несводимости к отдельным полочкам — симптомам или даже большому шкафу — синдрому. Его нельзя разделить на составные части, как нельзя, изменив нос и цвет лица, из популярного певца-негра сотворить белого человека. Конечно, дактилоскопия, только по узору пальцев может опознать преступника, но только в его телесном естестве. Следует отметить, что чем дальше изучался, например, бред, тем с большим количеством других продуктов интеллекта человека приходилось его дифференцировать. “Объективное проявление больной душевной жизни”, каковым является содержание бреда по Ясперсу, приходится сейчас дифференцировать с религиозными и квазирелигиозными убеждениями, с националистическими идеями, с этнографическими особенностями жизни некоторых народностей, с индивидуальными заблуждениями конкретного человека, с политическими взглядами и учениями классов или политических партий и т.д. Десятки статей в солидных изданиях посвящаются, к примеру, ошибкам диагностики шизофрении при квазирелигиозной тематике убеждений адептов сект.

Итак, чем же отличается феномен инобытия от стандартного синдрома, как стержневого центра клинико-нозологической диагностики? Вспомним ещё раз нашего пациента. У него был бред сложной структуры, псевдогаллюцинации, нарушения осознавания течения времени. Часть имеющейся симптоматики укладывалась в синдром Кандинского-Клерамбо. Но

за всеми имеющимися отдельными проявлениями болезни, как основной занавес, основной фон, а ещё точнее, основной базис, имело место **инобытие**. Именно так оно характеризовалось самим больным, и именно так, как главная существенная характеристика болезненного состояния, воспринималась нами. Все выше-перечисленные признаки болезни несли этот главный отпечаток. Больной ощущал себя существующим в ином онтологическом статусе. В силу высокой интеллектуальной одаренности он смог вербализовать для нас свои переживания и ощущения. Что же получается? С одной стороны, внешней стороной, или как пишут философы, поверхностным слоем своего инобытия, больной с эндогенным заболеванием воспринимается психопатологом и оценивается как носитель типичного синдрома Кандинского-Клерамбо, бреда или витальной депрессии. Но если за всеми этими психопатологическими состояниями стоит инобытие, то каждое из них по отдельности и все они вместе будут ускользать из рук психопатолога, как та самая лягушка, которая вроде рядом, но удержать в руках трудно. Именно потому, что сам носитель, сам человек, пребывает по своему онтологическому статусу в ином мире, воспринять отдельные части его единого инобытия можно только в искаженном виде, ибо его переживания, ощущения и статус находятся в “непересекающейся плоскости” с переживаниями, восприятием и статусом психически здорового человека — врача психиатра. И наш больной сам об этом говорил с горьким чувством обреченности: “Вы всё равно не поймёте меня”. Чтобы автора этих строк, атеиста по убеждениям, не обвинили в чертовщине, нужно говориться, что речь идет о **субъективно-переживающем** человеком ином онтологическом статусе, о **личном инобытии**, но никак не о чудесных явлениях “того света”, “другого мира”, “переселении душ” и прочей религиозной и квазирелигиозной тематике. Именно потому, что это болезненное инобытие не имеет под собой поврежденного материального (анатомического) субстрата и является личным, субъективно ощущаемым, и переживаемым феноменом и статусом, и возможны обратные развития состояний и “возвращение” больного в наше, скучное для него бытие, в виде поздних, предсмертных и других ремиссий. Возникает закономерный вопрос, каким же образом возможно изучение психопатологической симптоматики у эндогенных больных с учетом феномена и статуса инобытия? Точно так же, как предлагал делать это Ясперс, с учетом того, что психопатолог лишен непосредственного наблюдения и восприятия субъективных явлений “больной душевной жизни”. С учетом эмпатии, понимания, транспонирования и т.д. Единственное отличие заключается в том, что мы всё время при изучении эндогенных психических нарушений должны помнить, держать в уме, считаться с фактом субъективного переживания пациентом своего нахождения в “ином онтологическом статусе”, в

инобытие. Это то обстоятельство, что и выводит нас за пределы обычной научной психиатрии, это тот стражевой пункт нашего ума, который и есть проявление трансцендентального взгляда на инобытие больного, которое не может в качестве “очевидного”, знакового явления, непосредственно восприниматься органами чувств психопатолога, не может быть “объективным симптомом больной душевной жизни”. Инобытие может быть нам дано лишь в качестве того самого “трансцендентального факта”, и не иначе, как через сознание. И полное знание, полное понимание такого “трансцендентального факта” появится у психиатра не раньше, чем мы научимся “вещь саму по себе” превращать в “вещь для нас” (И. Кант). Это во все не является умозрительным философствованием, так как из-за ошибок в диагностических суждениях, из-за принятия творческой самоуглубленности человека за аутизм или откровений “нового апостола” за бред, случаются личные и далеко не личные трагедии. И сейчас к месту в третий раз обратиться к работе Н. В. Мотрошиловой: “Есть еще один ценный мотивационный аспект в теории феноменологической редукции... для ученых любой специальности. Редукция в широком смысле — подробное методологическое описание того пути, который с большей или меньшей мерой осознанности проходит всякий исследователь, если он прокладывает новые тропы в науке, особенно, если он сколько-нибудь систематически разрабатывает новую теорию... Для такого исследователя “отключение” от тех подходов, которые (в его дисциплине) являются чисто эмпирическими... отключение от теорий, подходов — принципиальные шаги, которые он на свой страх и риск всё равно осуществляет”.

Обращение к обстоятельствам, явлениям и событиям, являющимся “средой обитания души”, также является выходом за пределы традиционной научной психиатрии, поскольку также не входит в конструирование симптомов и синдромов психических расстройств. Недавно познакомился с монографией московского врача-психиатра, который двадцать пять лет назад готовил диссертацию и описывал несколько десятков случаев малопрогредиентной патологии, наблюдавшейся им в Москве. (С. Я. Бронин “Малая психиатрия большого города”) В этой книге я впервые, после классиков 19-го столетия, смог прочитать описание квартир и обстоятельств проживания лиц, у которых диагностирована вялотекущая шизофrenия (шизотипическое расстройство), как один из значимых феноменов, дающих представление об образе жизни и душевном складе больных: “Многое можно было почерпнуть из квартирной обстановки, которая являлась как бы продолжением психического склада её обитателей, распространением их индивидуальных черт на мир вещей вокруг: казарменная бедность и оголенность жилья или, напротив, “завалы” старого тряпья и хлама у больных с вялотекущей шизофrenией, демонстративная экзотика, необычные броские

предметы на стенах в квартирах у так называемых истериков: парадная чистота квартир “педантов порядка”. Этот отпечаток личности на обстановке жилья известен врачам психиатрических диспансеров, психиатры стационаров знают его меньше, поэтому его нет в учебниках, которые пишутся больничными специалистами”. Замечательное описание феномена “среды обитания души”. Но отсутствие таких описаний в учебниках, как мне кажется, связано не с местом работы врача, а с принципиальной невключаемостью окружения и обстоятельств жизни наших больных в симpto-синдромальный алгоритм диагностики. Совсем недавно в нашем стационаре лечились мать с сыном. У сына был приступ (второй в жизни) аффективно-бредового характера приступообразно-прогредиентной шизофрении, а мать дала реактивный психоз с психогенными галлюцинациями, начавшийся в день госпитализации сына. Если бы не одно обстоятельство, была бы не совсем понятной необычная сила психогенеза — психическое расстройство у сына и госпитализация в стационар. Тысячи больных заболевают, тысячи госпитализируются в стационары, но за 32 года работы я не видел реактивный психоз у родителей, вызванный этими двумя обстоятельствами. Речь идет о полукочующих цыганах. У них есть дом в Молдавии, номинально за ними числящийся. Жизнь они проводят в бесконечных поездках по СНГ, торгуют тем-сем. Во время переезда из Ижевска в Самару, в дороге у сына развился мощный психотический приступ. Они вынуждены были его госпитализировать прямо в ходе переезда. На следующий день у матери начались психогенные галлюцинации. Она видела лицо сына “как живого”, с разных сторон перед собой, лицо было тёмным или черным, она металась, кричала, плакала. Психотический эпизод у матери купировался в три дня, как и должно быть. Что же случилось? “Распалась связь времен”, разрушился мир, особый цыганский мир вечных странников, когда кроме того, что тяжело заболел сын, его еще изолировали в “казённый дом”, вырвали и его самого, и его родителей из вечного странствия по миру. Кстати, такие случаи являются мостиками, соединяющими этнографические исследования, данные традиционной психиатрической науки и изучение “среды обитания души” как проявление “выхода за пределы”, в рамках трансцендентальной психиатрии, если принять за гипотезу, что таковая должна быть.

ЛИТЕРАТУРА

1. Э. Крепелин, *Введение в психиатрическую клинику*, М., 2004.
2. Э. Крепелин, *Введение в психиатрическую клинику. 30 клинических лекций*, (в переводе Я. Ф. Каплан), Уфа, 1901.
3. Н. В. Мотрошилова, “*Идеи I*” Эдмунда Гуссерля как введение в феноменологию, М., 2003
4. С. Я. Бронин, *Малая психиатрия большого города*, М., 1998.
5. В. Г. Ротштейн, *Психиатрия. Наука или искусство?*, Фрязино, 2004.

Духовное, как социотерапевтический фактор¹

Б. А. Воскресенский

В понимании психики я исхожу из христианской антропологии, из трихотомической концепции личности. В согласии с этим подходом, отталкиваясь от работ известного психиатра профессора Д. Е. Мелехова, психиатрические расстройства понимаются как искажение, нарушение душевных процессов (эмоции, воли, мышления и прочих). Сфера духовного при психических болезнях непосредственно не затрагивается и ее специальное рассмотрение не входит в компетенцию психиатра. Но именно она является определяющей, ведущей, главной в человеке и это побуждает исследовать проявления ее активности и в случаях болезни.

Нами изучались душевнобольные — верующие, страдающие шизофренией. Нет возможности, да, наверное, и необходимости подробно ее описывать. Все знают это слово и почти всех оно пугает. Это действительно серьезное заболевание, которое проявляется самыми разными расстройствами, очень нередко нарушает отношения больного с окружающими, снижает работоспособность, инвалидизирует. Однако при нем, как иногда говорят, “многое нарушено, но ничего не разрушено”. Разлаженную, “разъехавшуюся” психику (имею в виду, прежде всего душевые процессы) сравнивают с оркестром без дирижера — все музыканты на месте, а мелодии не получается.

Основной разговор пойдет лишь об особой группе таких больных — верующих, православных христиан, у которых религиозные и болезненные переживания никак не связаны. Духовная, церковная жизнь идет по своим канонам, а болезненные душевые переживания — депрессия, страхи, слежка, преследование имеют совсем другое содержание и “механизм”. Следует уточнить — и это нам потребуется в дальнейшем — что возможны и другие соотношения — вера имелась и до болезни, изначально, но в приступе также звучат — болезненно искаженные — идеи греховности, искупления, мистической связи и т.п. Третий вариант — все “религиозные” переживания, воззрения — проявления болезни, чаще всего это фантастический бред, который определяют, пользуясь несколько архаичной для психиатрии терминологией, как мессианский, альтруистический и т.п.

Итак, сейчас основной разговор идет о первой группе, где — вера и болезнь раздельны. Больным — в период спокойного состояния, разумного, упорядоченного поведения задавался вопрос: “влияет ли вера на течение вашего заболевания и, если “да”, то как”? Все

больные — независимо от полноты и напряженности церковной жизни ответили “да” и констатировали благотворность этого воздействия. Предлагавшийся вопрос может казаться элементарным до наивности, а ответ шаблонным, формальным, следующим общепринятым сегодня нормам. А самое главное — он не соответствовал врачебным оценкам, потому, что в подавляющем большинстве случаев (наше отделение — отделение для тяжелых больных) течение заболевания было, безусловно, неблагоприятным: учащение приступов, утяжеление симптоматики, неэффективность прежде помогавших доз и даже самих препаратов. Мы специально, настойчиво, повторно обращали внимание больных на эти обстоятельства, но положительный ответ оставался неизменным и содержательно раскрывался пациентами. Они объясняли, что постепенно, с годами (жизни и болезни) “стали воспринимать болезнь, как крест” (слова больной), и “это приносило им облегчение” (другая пациентка). И все это подтверждалось сторонними медицинскими, врачебными оценками и поэтому становилось не просто декларацией, а конкретным психическим (духовным) событием, “механизмом”. Формировалось более ответственное (психиатрически мы бы сказали — более критическое) отношение больных к лечению: недобровольные помещения в больницу сменялись плановыми, осуществлявшимися по инициативе самого пациента. Аккуратным, внимательным, педантичным становится амбулаторный (т.е. домашний) прием лекарств. [Это серьезная проблема в психиатрии, поскольку очень часто пациенты не осознают свою болезнь, при первой же возможности прекращают прием препаратов и вскоре вновь оказываются в отделении — такой модус лечения называют “терапией врачающихся дверей”. В последние годы его удается преодолеть с помощью депо-препаратов, лекарств замедленного действия, постепенно рассасывающихся в организме и, следовательно, принимаемых с большими интервалами — раз в несколько дней, несколько недель]. Смягчались поведенческие расстройства (конфликтность, агрессивность, неуправляемость), которые в обсуждаемых случаях были не следствием “дурного воспитания” или неблагоприятных житейских коллизий (“квартирный вопрос”, имущественные споры и т.п.), а, несомненно, являлись признаками болезни.

Упредим вопрос, который бы обязательно прозвучал в этом месте от профессионалов, врачей-психиатров. Это уточнение небезинтересно и для нас с вами. Дело в том, что приступ, обострение болезни нередко завершается так называемым “депрессивным хвос-

¹ Выступление на конференции “Вера — диалог — общение” 30 сентября 2004 года.

том” (на официальном языке — постшизофреническая депрессия). Подобные состояния нередко включают в себя и идеи самообвинения, мученичества, искупления. Но мы обследовали больных вне этого периода. Больные также не обнаруживали выраженных апатических расстройств — снижения эмоциональности, активности, в принципе свойственных этому заболеванию. “Несение креста” — это ведь и тонкая этическая эмоция.

Подобное отношение к болезни формируется и формулируется постепенно, это своеобразный процесс, путь.

В тезисе “болезнь посыпается за грехи” раскрываются, по нашему мнению, не столько универсальные истоки страдания, патологии, сколько результаты индивидуального, личностного означивания, осмысливания элементов цепи жизнь — грех — болезнь. Теперь по-новому, по-иному видится, оценивается, понимается больными все произшедшее и происходящее с ними.

Не болезнь “делает нас лучше” (это из формулы Виктора Франкла — выдающегося психиатра и экзистенциального психотерапевта — полностью она звучит так: “Страдания (болезнь) обретает смысл, если делают нас лучше”), а мы делаемся лучше, и делаем лучше — мягче нашу болезнь, наше окружение, наш мир, идя путем христианина. Повторю — именно в такой персонифицированной форме “духовное” и осуществляет свое лечебно-реабилитационное воздействие. Безличностный лозунг бездейственен. Это сложный, длительный внутренний процесс (по отношению к врачу — стороннему наблюдателю здесь) процесс, который, наверное, невозможно разделить на мгновения, этапы, приемы. По крайней мере, я не готов сейчас составить пособие по программированному обучению христианскому отношению к болезни. Но врач может активизировать эту работу, поддерживая пациента в модусе его церковной жизни.

Быстрое, одномоментное озарение, обращение, первичное (то есть возникшее в дебюте заболевания) понимание болезни как следствие греха и формы искупления — чаще всего и есть проявление самой болезни. Насколько я знаю, отец Георгий также обращает внимание катехизаторов и катехизируемых на это обстоятельство. Подобные пациенты нередко говорят об “искушении в форме болезни” (подразумевая под ней бессонницу, страхи, неприятные ощущения, а совсем не бредовое чувство воздействия, фантастическое растворение в окружающем и т.п.). А нам всем, помогающим больному, нужно постараться “перевернуть” эту формулу во взаимосвязь “болезнь в виде искушения”, открыть пациенту некоторые особые, именно психопатологические проявления этого “искушения”. Только после этого может начаться духовное переосмысление и болезни в целом.

Здесь уместно привести оценки Н. А. Бердяева, относящиеся, конечно, не к психически больным, но,

по-моему, к ним тоже: “Всякая одержимость низкой ли страстью или высокой идеей, означает утрату духовного центра человека... Синтезирует и приводит к единству душевный процесс активное духовное начало. Это и есть выработка личности. Центральное значение имеет не идея души, а идея целостного человека, объемлющего духовное, душевное и телесное начала”.

Итак, возвращаясь к разговору об основной группе больных, мы считаем, что в “принятии болезни” проявляет себя один из общих (а не только относящихся к душевнобольным) путей, способов, “механизмов” духовной жизни. Взгляд на себя и свою болезнь “со стороны”, стремление, несмотря на болезнь, на страдание вести себя по-человечески, по-христиански. Эту позицию больного представляется правомерно рассматривать как своеобразное проявление рефлексии. О ней я говорил на прошлой конференции, поэтому сейчас лишь отмечу, что понимаю рефлексию не как атрибут мыслительного процесса, но как целостное переживание, как способность, свойство человека, личности смотреть на себя со стороны, предстоять перед собой, перед другими, перед Богом. Не могу не привести здесь фразу К. Г. Юнга, хотя знаю об его сложных, путанных религиозных воззрениях: “Процесс психологического развития, который мы называем христианским...”. Переводя эти размышления в несколько другую плоскость, скажем, что это свойство человека выступает как способность различать хорошее и плохое, доброе и злое (не будем касаться уровня осмысливания этих понятий). Но уточним здесь же — не различать, не выбирать, а творить их (Н. А. Бердяев).

Нам показалось необходимым проверить наличие этой способности в других условиях, у здоровых. Здесь объектом исследования были студенты-медицины, изучающие психиатрию (4 — курс). Об их религиозных воззрениях мы не осведомлялись. Суть пробы (экспериментом это назвать было бы слишком пышно) состояла вот в чем. Существует особая форма бреда, содержание которой очевидно, из названия: антигонистический, он же манихейский бред: вокруг больного два лагеря — “хороший” и “плохой”. Исход борьбы зависит от того, к какому лагерю примыкает пациент. Именно этот вопрос и задавался студентам. Подавляющее большинство опрашиваемых указывало “хороший”. Если же предпочтение отдавалось “плохому”, то обоснование этому (при дополнительных специальных вопросах) давалось почти в тех же словах, которые вчера привел Сергей Юрьевич Юрский: “Зло интереснее, занимательнее, понятнее, популярнее, — то есть внутренняя сомнительность этого выбора, так или иначе, осознавалась интервьюируемыми. Поскольку осмысливание болезни осуществлялось во взаимодействии с окружающими, по отношению к близким (или, точнее говоря, становящимися близкими), поскольку разговор на эту тему представляется умест-

ным в сегодняшнем собрании. Христианское принятие болезни, думается, можно считать одной из форм диалога церкви и общества. Уровень этого диалога совершенно особый. Я неточно, даже неверно озаглавил свое сообщение. Ведь речь шла не о социотерапии (формирование поведенческих навыков и приемов, заключение "контактов" с больными), не о повышении качества жизни, а о чем-то совсем ином.

Болезнь, страдание, несение креста — это форма существования человека, а не интеграции в общество. Сообщение следовало бы назвать "Духовное как экзистенциально-терапевтический фактор". Но и это будет не вполне точно. В своей "Поэтике...", которая и для меня была из всех указательных стрелок на пути сюда, Сергей Сергеевич Аверинцев подчеркивал: "Христианство — ни в коем случае не религия "духа"; это ре-

лигия "Святого Духа", что отнюдь не одно и то же. Ее идеал — не самоодухотворение, а "покаяние", "очищение" и "святость", что опять-таки не одно и то же.

Итак, в настоящем сообщении я попытался показать: 1) что человеку изначально внутренне присущ выбор (и творение) добра; 2) что духовные и душевые, а также и телесные изменения (все сказанное в принципе приложимо и к пациентам с внутренними болезнями) могут быть разнонаправленными: духовное возрастание и душевно-телесное угасание ("...восстает тело духовное" 1 Кор. 44); 3) что осмысление заболевания может происходить в контексте различных духовных направлений, из которых христианское является, по нашему мнению, наиболее полным и человечным.

Всемирная психиатрическая ассоциация
Региональный интерсекционный конгресс
НОВЫЕ ДОСТИЖЕНИЯ В ПСИХИАТРИИ

12 – 15 марта, Афины

Тел.: +30 210 3634944; факс: +30 210 3631690
www.era.gr/wpa2005athens.htm
E-mail: info@era.gr

ТРИНАДЦАТЫЙ КОНГРЕСС
АССОЦИАЦИИ ЕВРОПЕЙСКИХ ПСИХИАТРОВ
**ЕВРОПЕЙСКАЯ ПСИХИАТРИЯ:
ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ БИОЛОГИЧЕСКИХ
И СОЦИАЛЬНЫХ ФАКТОРОВ**

Тел.: +49-89-51602730; факс: +49-89-51604741
E-mail: Manfred.ackenheil@med.uni-muenchen.de
www.aep-munich.de

Реформирование психиатрической службы (возможности и проблемы)*

А. Е. Лифшиц (Калуга)

Реформирование психиатрической службы в Российской Федерации вступило в фазу реализации. Органы здравоохранения в центре и регионах ясно осознают необходимость децентрализации помощи, создания всех ее звеньев непосредственно на коммунальном уровне. Прежде всего, речь идет о психиатрических стационарах. Налаженная амбулаторная психиатрическая служба функционирует десятки лет в каждом районе, однако децентрализация психиатрического стационара может быть решена не везде одинаково. Масштабы регионов, значительные различия плотности и возрастного состава населения, состояние и возможности экономической базы (в т.ч. здравоохранения на муниципальном, городском и областном уровнях), качество инфраструктуры, обеспеченность врачами, психологами (вероятность представления им жилья) — возможный перечень вопросов, подлежащих рассмотрению при формировании реальной программы реформирования.

Несложные расчеты показывают, что открытие стационарных отделений даже в самых населенных по меркам Калужской области районах (50 – 60 тыс. населения) сопряжено с рядом проблем. Стандартное стационарное психиатрическое отделение на 50 коек для острых психозов окажется незаполненным, т.к. будет принимать в 2 – 3 раза меньше, чем аналогичное отделение в областной психиатрической больнице. Направлять в подобное отделение также пациентов геронтологического профиля (с острыми психотическими расстройствами) не имеет смысла из-за особенностей этого контингента (тяжелая соматическая патология, нередко грубые мнестические расстройства, неопрятность и др.) Открывать межрайонные (“кустовые”) отделения вряд ли целесообразно. Амбулаторная помощь останется разобщенной. Прикрепленные к межрайонному стационару территории окажутся в таком же положении, как и в настоящее время по отношению к областной психиатрической больнице. Различие будет лишь в том, что областная психиатрическая больница еще длительный период

сможет оказывать в диагностически и терапевтически сложных случаях более квалифицированную консультативную помощь районным больным, чем психиатр межрайонного отделения.

Какой путь реформирования планируется осуществить в Калужской области на данном этапе? Прежде всего — открытие в пяти ЦРБ в районах с населением в 50 – 60 тыс. человек полустационаров с дневным и ночным пребыванием, функционирующих в единстве с существующей амбулаторной психиатрической помощью. Это позволит уменьшить поток пациентов в областную психиатрическую больницу, где сократится часть стационарных коек. Ряд отделений для пациентов с затяжным и неблагоприятным течением заболевания планируется перепрофилировать в отделения сестринского ухода с усиливанием акцента на совершенствовании процесса реабилитации и перевода части больных, потерявших социальные связи, в общежития для подобных пациентов или отделения, формирующиеся в качествеочных стационаров (подобный вариант в Калужской психиатрической больнице имеется).

Особой проблемой являются психиатрические отделения для туберкулезных больных. В большинстве случаев речь идет о пациентах, у которых ведущая патология определяется, прежде всего, туберкулезом. Перемещение их в специализированные туберкулезные стационары было бы наиболее адекватным решением.

Совершенно очевидно, что так называемой “оседаемости” пациентов в психиатрической больнице избежать невозможно, в особенности из числа семей сельских жителей. После смерти престарелых родителей пациенты с выраженными хронически текущими психическими расстройствами оказываются на положении БОМЖей.

Серьезный вопрос, который долгие годы не получает своего разрешения, — показания к направлению в дома-интернаты для психохронников системы социальной защиты. Дело не только в дефиците мест, но и в том, что следование инструкции, утвержденной МЗ СССР в 1978 г. создает непреодолимый барьер для перевода многих психически больных с хроническим течением заболевания, в том числе

* Выступление на Всероссийской конференции 17 октября 2003 г.

без места жительства. Минздраву России пора инициировать пересмотр инструкции в нужном направлении.

Психиатрическая больница в настоящее время — многопрофильное учреждение. При проведении реформирования важно сохранить то лучшее, что достигнуто за предыдущие годы. В Калуге уже более тридцати лет функционируют организованные для городского населения диспансерно-стационарные объединения (**на всех этапах лечения** — в круглосуточном и дневном стационаре, диспансере — **у большого один врач**), в структуре областной психиатрической больницы следует сохранить отделения для принудительного лечения, психотерапию, детские, геронтологические для калужан, все реабилитационные подразделения (общежитие, ночной стационар, мед. часть для обслуживания специализированного производства).

Настало время трезво оценить состояние и эффективность наркологической помощи, которую оказывают наркологическая и психиатрическая службы. Рост алкоголизма по существу превратился в эпидемию. В результате — сверхвысокая смертность мужчин преимущественно работоспособного возраста не только из-за “перепоя”, но и тяжелой соматической патологии. В связи с увеличением числа алкогольных энцефалопатий со слабоумием, беспомощностью, нередко неопрятностью, создается проблема для психиатрических больниц, т.к. вследствие потери места жительства выписка подобных пациентов невозможна.

Если “вал” алкоголизма будет продолжаться, неминуемы самые серьезные демографические последствия, т.к. кроме всего прочего алкоголизм “помолол”. Обширный частный наркологический сектор не заинтересован в создании достойной альтернативной наркологической помощи. Для наркологов,

работающих параллельно в государственном и частном секторе, естественно, “своя рубашка ближе к телу”. Лучшим вариантом было бы официальное разрешение на создание дополнительных платных услуг там, где условия позволяют их организовать (в т.ч. в психиатрии). В большом числе случаев, истратив значительные суммы в частном секторе, пациенты с запущенными формами алкогольной зависимости поступают в государственную больницу (чаще всего — психиатрическую), где их лечение стоит немалых бюджетных денег и уже менее эффективно.

В заключение следует отметить следующее важное обстоятельство. Психиатрическая помощь официально считается социально значимой. Между тем, остаточный принцип распределения финансовых ассигнований нередко продолжает иметь место. Это касается выделения средств на оборудование, капитальный ремонт и т.д. Явная дискриминация психиатрической службы, игнорирование ее ответственной роли в здравоохранении видна в таком важном моменте как тарификация. Согласно приказу МЗ РФ № 377 от 15 октября 1999 г., одна из областных больниц соматического профиля относится к 1-ой группе по оплате труда руководителя, независимо от мощности. Психиатрия лишена этого права. Замена стационарных коек стационарно замещающими подразделениями не меняет объема нагрузки, полностью остается диспансерная помощь, усиливается роль организационно-методического руководства районными психиатрами. В целом, ответственность администрации больницы возрастает. Однако перепрофилирование и тем более сокращение стационарных коек сопряжено с материальным наказанием главного врача и всего административного состава. По сетке приказа МЗ РФ № 377: стало меньше коек — меньше зарплата.

О реформе психиатрической помощи¹

Б. А. Казаковцев (Москва)

В проекте резолюции предстоящего совещания Министров здравоохранения стран Европейского региона по охране психического здоровья, которое состоится в январе 2005 г. в Хельсинки, наряду с указанием на существующий в европейских странах перенос акцента психиатрической помощи на уровень

местных сообществ представлены основные составляющие современной комплексной политики охраны психического здоровья. Среди них — обеспечение адекватной доступности медицинской помощи и ухода на первичном и специализированном уровнях, обеспечение достаточных ресурсов для этой деятельности, содействие защите прав лиц с проблемами психического здоровья.

В настоящем сообщении представлены некоторые общие перспективы развития психиатрической помо-

¹ Выступление на всероссийской конференции “Современные тенденции организации психиатрической помощи”, 5 – 7 октября 2004 г.

ши в России, обусловленные реформированием общественного здравоохранения в стране в целом.

Отправным пунктом начинающейся в 2005 г. реформы в области оказания медицинской помощи является Федеральный закон от 22 августа 2004 г. № 122-ФЗ "О внесении изменений в законодательные акты Российской Федерации и признании утратившими силу некоторых законодательных актов Российской Федерации в связи с принятием федеральных законов "О внесении изменений и дополнений в Федеральный закон "Об общих принципах организации законодательных (представительных) и исполнительных органов государственной власти субъектов Российской Федерации" и "Об общих принципах организации местного самоуправления в Российской Федерации". Вторым из названных федеральных законов (от 4 июля 2003 г. № 95-ФЗ) разграничены предметы ведения и полномочия между органами государственной власти Российской Федерации и органами государственной власти субъектов Российской Федерации.

В соответствии с новой редакцией ст. 40 Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан, специализированная медицинская помощь оказывается гражданам при заболеваниях, требующих специальных методов диагностики, лечения и использования сложных медицинских технологий. Специализированная медицинская помощь оказывается врачами-специалистами. Виды и стандарты специализированной медицинской помощи, оказываемой в учреждениях здравоохранения, устанавливаются Министерством здравоохранения и социального развития Российской Федерации. Финансовое обеспечение мероприятий по оказанию специализированной медицинской помощи, оказываемой федеральными специализированными медицинскими организациями, перечень которых утверждается Правительством Российской Федерации, является расходным обязательством Российской Федерации. Финансовое обеспечение мероприятий по оказанию специализированной медицинской помощи в специализированных медицинских организациях является расходным обязательством субъектов Российской Федерации.

Важно также подчеркнуть, что хотя в соответствии с Федеральным законом от 6 октября 2003 г. № 131-ФЗ "Об общих принципах организации местного самоуправления в Российской Федерации", к компетенции муниципального района и городского округа относится организация оказания скорой медицинской помощи (за исключением санитарно-авиационной), первичной медико-санитарной помощи в амбулаторно-поликлинических и больничных учреждениях, а также медицинской помощи женщинам в период беременности, во время и после родов, в указанных учреждениях отнюдь не исключается оказание специализированной медицинской помощи.

В 2003 г. во внебольничные учреждения Российской Федерации обратились за психиатрической и

наркологической помощью 7 млн. 701 тыс. человек или 5,4 % населения (соответственно, в 1995 г. эти цифры составляли 6 млн. 800 тыс. и 4,7 %). Из общего числа лиц, обратившихся в амбулаторные психиатрические и наркологические учреждения, подразделения и кабинеты, 53,6 % составляют лица, получающие психиатрическую помощь, из которых 1836,6 тыс. составляют диспансерную группу наблюдения, а 1863,3 тыс. получают консультативную помощь.

Впервые в 2003 г. диспансерная группа по своей численности оказалась меньше консультативной. Тенденция к выравниванию объемов указанных форм психиатрической внебольничной помощи отчетливо наблюдалась на протяжении последних 10 лет, что свидетельствовало о постепенном увеличении числа случаев амбулаторного лечения, основанного на информированном согласии пациента.

Амбулаторно-поликлиническую помощь лицам с психическими расстройствами оказывают 171 психоневрологический диспансер, 2271 психоневрологический кабинет, 12 психотерапевтических центров и 1117 психотерапевтических кабинетов. Общее число мест в дневных стационарах составляет 15287.

Стационарная психиатрическая помощь оказывается 277 психиатрическими больницами и 110 стационарными отделениями психоневрологических диспансеров. Число коек в них равно 164752 или 11,6 на 10 тыс. населения. За счет увеличения объема внебольничной помощи оно уменьшается в среднем на 1,5 % в год. Обеспеченность населения врачами-психиатрами равна 1,33 на 10 тыс. и ежегодно увеличивается на 0,8 – 1 %.

Введение в действие Закона Российской Федерации от 2 июля 1992 г. № 3185-1 "О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании" отражает существенное изменение государственной политики в отношении лиц, страдающих психическими расстройствами. Вместе с тем, существовавшее в Законе на протяжении целого десятилетия положение о том, что финансирование деятельности учреждений, оказывающих психиатрическую помощь, осуществляется в размерах, позволяющих создать ее гарантированный уровень и высокое качество, реально не обеспечивалось.

Соответственно, программы государственных гарантий, которые устанавливали минимальные размеры стоимости психиатрической помощи в единицу времени в стационаре, в дневном стационаре, на амбулаторном приеме и при оказании скорой помощи, практически не имеют инструмента реализации. В большинстве субъектов Российской Федерации инициативы, направленные на улучшение качества помощи, в том числе за счет реализации региональных целевых программ развития психиатрической помощи, не приводят к ощутимым результатам. Сокращение числа психиатрических коек в регионе часто не сопровождается внедрением так называемых стационаро-

замещающих технологий и не способствует удержанию освобождающихся ресурсов в сфере оказания психиатрической помощи. Создается порочный круг, в котором сокращение численности коек становится недостаточным не только для приближения к установленному для стационаров санитарному нормативу палатной площади, но и для создания необходимых для психосоциальной реабилитации пациентов рекреационных помещений.

В настоящее время более 50 % психиатрических больниц в регионах страны все еще размещаются в так называемых приспособленных помещениях. Менее 20 % пациентов получают современные эффективные лекарственные препараты из-за их высокой стоимости. В ряде субъектов Российской Федерации остаются актуальными проблемы питания пациентов, находящихся на стационарном лечении.

С учетом указанных обстоятельств и в связи с проводимой в стране административной реформой, статьей 17 Закона Российской Федерации “О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании” (в редакции от 22 августа 2004 г.) предусмотрено, что финансовое обеспечение оказания психиатрической помощи является расходным обязательством субъектов Российской Федерации. К обязательствам субъектов Российской Федерации отнесены также социальная поддержка и социальное обслуживание лиц, страдающих психическими расстройствами, находящихся в трудной жизненной ситуации. В части 3 статьи 16 Закона указано, что организация оказания психиатрической помощи осуществляется специализированными медицинскими учреждениями субъектов Российской Федерации. В данном случае слово организация должно использоваться как законодательная основа при решении вопроса о переподчинении специализированным психиатрическим учреждениям психиатрических и психотерапевтических кабинетов и отделений, находящихся в структуре центральных районных больниц.

Указанные новые положения Закона о психиатрической помощи необходимо использовать с учетом статьи 18 уже упомянутого выше Федерального закона от 6 октября 2003 г. № 131-ФЗ “Об общих принципах организации местного самоуправления в Российской Федерации”. Данной статьей предусмотрено, что финансовые обязательства, возникающие в связи с решением вопросов местного значения, исполняются за счет средств местных бюджетов за исключением субвенций, предоставляемых местным бюджетам из федерального бюджета и бюджетов субъектов Российской Федерации. В этой же статье указано, что в случаях и порядке, установленных федеральными законами и законами субъектов Российской Федерации, указанные обязательства могут дополнительно финансироваться за счет средств федерального бюджета, федеральных государственных внебюджетных фондов и бюджетов субъектов Российской Федерации.

Исходя из сказанного, переподчинение психиатрических и психотерапевтических кабинетов и отделений, действующих в структуре поликлиник и центральных районных больниц, учреждениям, оказывающим психиатрическую и психотерапевтическую помощь, во многих регионах может оказаться предпочтительным. Процесс урбанизации на огромной территории нашей страны все еще усиливает централизацию населения и вслед за ним социальной инфраструктуры. Наряду с увеличением разрыва в плотности городского и сельского населения увеличивается, следовательно, и разрыв в качестве обеспечении их психиатрической помощью. В отличие от большинства европейских стран, где плотность населения более равномерна и где в связи с этим департаменты или общинные центры психического здоровья одновременно организуют для населения стационарную, дневную, амбулаторную помощь и помощь на дому, нашим основным достоянием пока являются часто неблагоустроенные стационарные и амбулаторные психиатрические учреждения различной мощности, преимущественно расположенные в крупных городах, и специализированные кабинеты амбулаторно-поликлинических учреждений в городских и сельских районах.

В создающейся новой ситуации объединяющим и системообразующим фактором, помимо централизации управления и финансирования психиатрических учреждений, становится деятельность органов социальной защиты населения, сеть которых остается по-прежнему в системе местного самоуправления. Муниципальные программы охраны психического здоровья, главными заказчиками которых в связи с этим становятся органы социальной защиты населения, независимо от указанного переподчинения психиатрических и психотерапевтических кабинетов и стационарных подразделений специализированным учреждениям, могут объединять в качестве своих исполнителей органы и учреждения здравоохранения, образования и социальной защиты федерального, регионального и муниципального уровня.

В данном контексте особое значение приобретает финансирование субъектами Российской Федерации утвержденной в 2002 г. Минздравом России и согласованной с администрацией более чем 80 регионов отраслевой программы “Реорганизация сети психиатрической помощи в Российской Федерации (2003 – 2008 годы)”. Целью программы является развитие психиатрической помощи, включающее ее плановую децентрализацию, улучшение доступности психиатрической помощи и условий пребывания пациентов в психиатрических стационарах, расширение сети внебольничного звена помощи за счет увеличения числа дневных стационаров, лечебно-трудовых мастерских, общежитий, психоневрологических диспансеров и кабинетов, максимально приближенных к месту проживания.

Для нового строительства и реконструкции психиатрических стационаров разработаны проекты палатных отделений на 25 – 50 коек различной специализации (общепсихиатрических, психосоматических, психотерапевтических, гериатрических, лечебно-реабилитационных, детских), проекты приемного отделения больницы, в т.ч. детской, а также проекты лечебно-консультационного отделения, отделения функциональной диагностики, отделения восстановительного лечения, проекты клинико-диагностической лаборатории, центрального стерилизационного отделения, аптеки.

Для нового строительства и реконструкции так называемых промежуточных учреждений и подразделений предложены проекты дневных стационаров на 10, 25 и 50 мест, общежитий для лиц, утративших социальные связи, лечебно-трудовых мастерских на 50 и 90 мест, реабилитационного (культурно-спортивного) центра.

Проекты внебольничных учреждений и подразделений предназначены для различных групп населения: до 100 тыс., от 100 до 250 тыс., свыше 250 тыс. Среди них проекты отделений врачебного приема, функциональной диагностики, лечебно-восстановительного и соматического; отделения для проведения амбулаторной судебно-психиатрической экспертизы; социореабилитационного центра (клуба); психотерапевтического центра; помещений для проведения медико-социальной экспертизы; клинико-диагностических лабораторий; кабинета социально-психологической помощи; отделения семейного врачебно-психологического консультирования.

Программой предусмотрено более широкое использование стационаров замещающих и так называемых полипрофессиональных и интердисциплинарных бригадных технологий в области психосоциального лечения и психосоциальной реабилитации лиц, страдающих психическими расстройствами, а также мер по улучшению условий труда медицинского и другого персонала учреждений. Внедрение бригадных технологий требует значительного увеличения числа психотерапевтов, психологов и социальных работников. В настоящее время ежегодный прирост числа занятых должностей врачей-психотерапевтов в стране составляет 2,7 – 4,5 %, медицинских психологов —

5,4 – 8 %, специалистов по социальной работе — 7,5 – 8,1 %, социальных работников — 10 – 20 %.

В контексте междисциплинарного бригадного подхода к оказанию помощи лицам, страдающим психическими расстройствами, в рамках проводимой общей реформы здравоохранения приобретает актуальность обучение навыкам оказания психиатрической помощи медицинского персонала учреждений первичной медико-санитарной помощи, в том числе врачей общей практики, семейных врачей, участковых терапевтов, средних медицинских работников, социальных работников, работающих в органах социальной защиты населения.

В статье 45 Закона Российской Федерации “О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании” по-новому сформулированы положения о контроле оказания психиатрической помощи. С 2005 г. наряду с органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации контролировать деятельность психиатрических и психоневрологических учреждений будет уполномоченный федеральный орган исполнительной власти, которым является подведомственная Минздравсоцразвития России Федеральная служба по надзору в сфере здравоохранения и социального развития. Порядок осуществления контроля будет определен Правительством Российской Федерации.

Наконец, в соответствии со статьей 38 Закона Российской Федерации “О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании”, важнейшим вопросом в плане обеспечения прав пациентов, находящихся в психиатрических стационарах, является организация на федеральном уровне и в субъектах Российской Федерации соответствующей независимой от органов здравоохранения службы. По мнению Уполномоченного Российской Федерации при Европейском Суде по правам человека П. А. Лаптева, указанная служба могла бы стать дополнительным средством защиты интересов Российской Федерации в Европейском суде. В настоящее время, по инициативе Минздравсоцразвития России², данный вопрос находится на рассмотрении Уполномоченного по правам человека в Российской Федерации. Создание службы явится дополнительным стимулом к реформированию психиатрической помощи в стране.

² Хотя Минздрав РФ в лице Б. А. Казаковцева неоднократно самостоятельно выступал с подобной инициативой, однако то, что “данный вопрос находится на рассмотрении Уполномоченного по правам человека в Российской Федерации”, является инициативой НПА России, благодаря которой в аппарате Уполномоченного была организована специальная секция по психиатрии, разработано Положение о Службе и поправки к закону об Уполномоченном в РФ о создании Службы при его Аппарате (прим. ред.).

Приоритет закона и современное состояние психиатрической помощи¹

Ю. С. Савенко

События последних месяцев — скоропалительное изменение полутораста социальных законов, беспребойная машина голосования в Думе, дающая возможность Правительству лоббировать любой удобный ему закон, не советуясь с профессионалами, с предельной наглядностью показали всем, что законы, т.е. “правила игры” власть может произвольно менять “среди игры”. — Казалось бы, пессимистический вывод для сторонников приоритета закона и правового государства: как можно воспитывать после этого уважение к Закону, сакрализацию Закона?

На самом деле, это далеко не так.

Во-первых, элементарный подсчет многочисленных социальных обязательств, взятых на себя российскими властями, показал, что на их финансирование требуется 6,5 триллионов рублей — вдвое больше утвержденного федерального бюджета. Этот безудержный нереалистический популизм начала 90-х годов принудил сейчас, фактически, к объявлению банкротства. Реализация этой заведомо непопулярной меры, вопреки неизбежному скачкообразному напряжению в обществе, и падению рейтинга президента, является как раз выражением силы закона и необходимости считаться с ним. Это знамение времени, это серьезный сдвиг со времен советской эпохи, когда можно было безнаказанно долго длить общественный театр, имитируя что угодно, не переписывая законы. Теперь, перед лицом приоритета международного права, Европейского Суда, множества исков, апеллирующих к духу и букве российского законодательства, закон уже не может полностью игнорироваться, подменяться, имитироваться.

Во-вторых, власть, преследуя свои собственные цели, всегда неизбежно упускает значительную многозначность своих нововведений, их подчас непрогнозируемый эффект, вплоть до прямо противоположного планировавшемуся. Задолго до его естественного — в ходе практики — проявления, его можно заблаговременно целенаправленно выяснить и использовать.

В-третьих, вопреки жалкому уровню нашего правоприменения, в силу отсутствия независимости судов, а — по выражению Мераба Мамардашвили — “нам нужны не честные судьи, а независимые суды” — вопреки всему, что, как мы знаем, является россий-

ской, а точнее, советской, традицией, правовое регулирование — неизбежный и основной путь развития общественной жизни.

Поэтому мы убеждены в необходимости активного содействия правовой грамотности врачей, тем более психиатров, для которых это актуальнее, чем для кого бы то ни было. И уже множатся примеры получения нашими коллегами второго высшего юридического образования. Более того, мы сторонники правовой грамотности наших больных. Конечно, это существенно осложняет нашу работу — я вспоминаю, как боялись даже в советскую пору психически больных юристов — но это гарантия собственного ответственного и высоко профессионального отношения к своему делу. Уже нельзя будет лживо запугивать больных при стационаризации, добиваясь квази-добровольности...

Не лишним будет сказать здесь же, что отсутствие справедливого суда и справедливых законов, достигая критического уровня, когда фактически “загоняют в угол”, — становится основной питательной средой, порождающей терроризм. Недаром, “родина терроризма — Россия”.

31 августа 2004 г. вступил в силу Федеральный закон “О внесении изменений в законодательные акты Российской Федерации...”, 15-я статья которого представляет изменения в Закон “О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании”. В пятом абзаце преамбулы авторы окончательной редакции поправили самих себя, внеся самопроективную поправку: так нередко проговариваются как раз в первых или заключительных фразах. Вместо формулы “настоящий Федеральный закон устанавливает правовые, организационные и экономические принципы оказания психиатрической помощи в Российской Федерации”, они предпочли другую: “Российская Федерация в настоящем Федеральном законе устанавливает ...”. Итак, высшим субъектом является на Закон, а власть: администрация Президента и Правительство. Имперский менталитет разработчиков, попирающий Конституцию, просто не замечавший ее, так же как и интересы самой уязвимой части населения — психически больных людей, пронизывает все их творение, названное все же “законом”. Перед нами пример правления законами вместо верховенства Закона. Столь же откровенно звучит формулировка “считать утратившим силу” в отношении пункта 3 статьи 2 Закона, в котором говорилось, что “законодательные и иные правовые акты... не могут ограничивать права граждан”. Причем, речь идет об особой, самой уязвимой категории граждан, нуждаю-

¹ Выступление на всероссийской конференции “Современные тенденции организации психиатрической помощи”, 5 – 7 октября 2004 г.

щейся в специальной защите государства. Это прямое нарушение Конституции РФ.

Важнейшим законом является бюджет страны. В нем отражены не декларативные, а действительные приоритеты, исповедуемые властью и определяющие ее политику. Место здравоохранения и психиатрии — на задворках, в разделе затратных расходов. Крайняя недальновидность такого подхода — вот настоящая опасность.

Приоритет “ресурсосбережения”, яснее говоря, сиюминутной выгоды, в медицине, науке, образовании — это превращение страны в сырьевой придаток других стран. Это катастрофично не только в гуманистической, но и в собственно государственной перспективе. Негоже нашему профессиональному сообществу подпевать этому. Сейчас исторический момент, когда флюгерство быстро и больно ударит по судьбе всей страны. В результате таких приоритетов, у нас вообще отсутствует политика психического здоровья. О психическом здоровье у нас пекутся громко и много только в качестве предлога для ликвидации государственной регистрации “нетрадиционных” конфессий, например, “Свидетелей Иеговы”...

Проведенный нами мониторинг 93 психиатрических стационаров в 61 регионе страны, показал, в частности, резкий контраст между психиатрическими стационарами, находящимися на федеральном и местном бюджете. В значительном числе последних даже питание, как и количество квадратных метров на больного, вдвое ниже нормы, предусмотренной для осужденных в местах лишения свободы. Основная причина этого — как и нарушение записанных в законе прав больных психиатрических стационаров — совершенно недостаточное финансирование. По-прежнему сохраняются регионы, где местные власти не только утверждают бюджет психиатрических больниц на 50–60 % от рассчитанной больницей сметы, но не перечисляют целиком даже этих, утвержденных ими же сумм. Так, например, Курганская областная психиатрическая больница в 2002 г получила только 71 % от тех средств, которые были утверждены бюджетом области, и в результате, вынуждена кормить больных на 13,6 рублей.

В наибольшей мере страдают от недофинансирования городские и районные психиатрические больницы. Так, например, городская психиатрическая больница Нижнего Новгорода в 2002 г. получила из местного бюджета 50 % необходимых ей средств, Ухтинская городская больница Республики Коми — 47 %, а Кузнецкая городская психиатрическая больница Пензенской области — только 33 %. В крайне тяжелом положении в связи с недофинансированием находятся Шадринская больница Курганской области, Новокузнецкая, Кировская и Смоленская психиатрические больницы. Практически не отличается ситуация с финансированием (около 50 % и ниже) в Костромской, Курганской, Волгоградской, Новгородской

и Оренбургских областных психиатрических больницах, психоневрологических диспансерах Калмыкии, Бурятии, Иркутска.

Теперь новый закон избавляет Правительство РФ от обеспечения гарантий финансирования, опуская его на местный уровень, где по большей части средств для этого заведомо нет. Этим закрепляется катастрофическое и позорное для России, унижающее достоинство ее граждан, положение вещей. Реформа пошла по пути не капитального строительства, восполняющего, как официально признано, треть вышедших из строя еще в 2000 г. стационаров, а объявления их ненужными.

Парадоксальным образом, этот грубо отрицательный толчок — резкое снижение финансирования — может послужить сейчас коренному преобразованию организации психиатрической помощи на новых принципах.

Эти принципы были с предельной ясностью, строго и четко сформулированы отцом-основателем отечественной социальной психиатрии Павлом Ивановичем Якобием столетие назад, а при советской власти, в 1924–1934 годах, развиты Львом Марковичем Розенштейном и проделали за десятилетие полный цикл от создания сети диспансеров до психиатризации образования, профторбара, производственного процесса, повседневной жизни, вызвав в условиях советской власти крайне жесткую контрапрекцию с возвращением обратно к госпитальной психиатрии. Важно опираться на этот опыт.

Мы все давно хорошо знали на основании собственного и международного опыта о необходимости минимизации времени пребывания в психиатрической больнице и, соответственно, интенсификации всех процедур, необходимых для диагностики и снятия острого состояния, и подбора амбулаторной терапии в привычной социальной среде. Знали, какой немалый процент психически больных находится в больнице по социальный показаниям, — в Калмыкии, например, до 40 %, — и многое другое. Знали, но должен был грянуть гром, чтобы сломать старые стереотипы.

Современное развитие теории управления и ее практики на примере европейских государств состоит в переходе от иерархически моноцентристской модели, как неэффективной, к полицентристской модели с сильным гражданским обществом, в котором рождаются новые формы саморегуляции, с делегированием властных полномочий на как можно более низкие уровни. Именно такое направление внутреннего развития является естественным. Авторитарный стиль управления оправдывает себя только в относительно непродолжительные периоды катастроф, войн, тяжелых кризисов. Мы же постоянно имеем дело с заданной сверху реформой, обозначаемой, тем не менее, как естественный процесс. На самом деле, естественный процесс всякий раз должен вызреть. Любые са-

мые правильные прогрессивные новации, которым предстоит будущее, введенные преждевременно на неподготовленной несозревшей почве, могут легко дискредитировать себя.

Итак, необходимо:

- 1) разукрупнение и приближение к населению небольших ПБ;
- 2) открытие психиатрических отделений в структуре общих больниц;
- 3) минимизация длительности пребывания в стационаре;
- 4) приоритет в приеме остро и впервые заболевших психически больных;
- 5) право главных врачей на перераспределение средств;
- 6) привлечение к помощи самих больных, их родственников, инициирование создания обществ бывших пациентов и родственников психических больных;
- 7) привлечение в качестве волонтеров студентов — медиков, психологов, юристов; сестер милосердия, общественных организаций и религиозных конфессий для осуществления различных форм социотерапии;
- 8) строительство общежитий и интернатов;
- 9) правовое закрепление на первичном уровне различных договоров и соглашений, принятых резолюций, уставов различных организаций, подзаконных актов, утвержденных методических руководств и т.п. — так в самом обществе складывается естественное право в каждой прикладной области. Задача состоит в овладении этим правовым инструментарием, его дифференциацией, постоянным усовершенствованием в соответствии с меняющимися обстоятельствами, активным отстаиванием при необходимости в судебном порядке. Это не быстрый революционный путь, но зато намного более надежный и адекватный реальному положению вещей.

10) И, наконец, необходимо претворение в жизнь статьи 38 закона о психиатрической помощи о создании Службы защиты прав пациентов, находящихся в психиатрических стационарах, не исполняемой Правительством уже 12 лет, хотя это одна из гарантий исполнения всего закона. Закон нуждается в некоторых дополнениях, прежде всего, в предоставлении права на защиту прав и законных интересов лиц с психическими расстройствами, в частности в судах, психиатрическим учреждениям и общественным организациям.

Общественно ориентированная психиатрия или психиатрия с опорой на сообщество, на которую теперь остается возлагать основную надежду, перестает быть фразеологией и становится эффективной только при действительно партнерских отношениях, только при достойном отношении к больным психиатрической службы, которая

не надевала бы наручники при стационаризации,
не оформляла бы липовое добровольное стационаризование,

либо недобровольное через суд в отсутствие больного, либо даже заочно,

не скрывала бы от граждан информацию об их собственном здоровье, что происходит по данным мониторинга в 73 % ПБ.

Право недобровольно стационаризованных непосредственно обращаться в суд должно быть отражено в законе в качестве самостоятельной процедуры — таково решение Европейского Суда по делу Ракевич из России.

Как можно всерьез опираться на сообщество, которое не уважаешь, ни принимаешь всерьез, и которое не может довериться нам?

Любая реформа без адекватной обратной связи обречена. Наш долг держаться приоритетов нашей профессии.

Международная конференция НАУКА, ПРАВО, ЭТИКА

Медицинские исследования — Права человека К 60-летию окончания Второй мировой войны

29 мая — 2 июня 2005 г., Хайфа

Тел: 972-2-6520574; факс: 972-2-6520558;

E-mail: seminars@isas.co.il;

www.science-law-ethics.com



С ЮБИЛЕЙНОГО СЪЕЗДА НПА РОССИИ (1989 – 2004)

Религиозные меньшинства как объект серьезного изучения, а не стигматизации

И. Я. Кантерев¹

Я читаю в МГУ курс “Новое религиозное движение в России”, являюсь автором Госстандarta на эту тему; в нем рассматривается деятельность всех организаций, которые попадают в полосу риска тех проблем, о которых сказал Юрий Сергеевич Савенко, начиная от “Аум Синрике”, “Белого братства” и кончая “Свидетелями Иеговы”. **Принципиальное отличие светских школ религиоведов от тех, кто участвует в антикультовых движениях**, заключается в том, что мы — представители светского религиоведения и наши зарубежные коллеги — работаем в прямых контактах с объектом исследования. Наша цель понять их, прежде чем вынести суждение. В то время как главная цель представителей антикультистского движения, осудить и подыскать более шумные термины, понятия для их обличения. Ни одна светская школа религиоведения: Санкт-Петербургская, Московская или Екатеринбургская не принимают терминологию: “деструктивная секта”, “тоталитарная секта” и т.п. Потому что все признаки отнесения организаций к тоталитарным и деструктивным носят оценочный расплывчатый характер и могут применяться фактически к любой организации. Я сошлюсь на свою статью в журнале “Религия и право” № 1 за 2002 г. под названием “Деструктивные, тоталитарные и далее, везде”, где я прослеживаю генезис этой терминологии, как появились эти термины за рубежом и как они оказались у нас в России. Если говорить о теме, которая вас интересует, то фактически оценка религиозного сознания и поведения сегодня у нас осуществляется на массмедиийном уровне, т.е. на уровне журналистики, целью которой является увеличение рейтингов, тиражей и, отсюда, предельная примитивизация объекта или картинки, которую они показывают. Здесь мы видим соединение массмедиийного образа религиозного поведения и религиозного сознания с некоторыми представителями церковных кругов или богословов, которые заимствуют понимание религиозного сознания из протестантских зарубежных кругов. Я хочу сразу

подчеркнуть, что термин “тоталитарная секта”, “деструктивная секта” и термин “культ” возникли за рубежом, в США. Я не хочу вас посвящать в терминологическую казуистику, но даже термин “секта” появился в России во второй половине девятнадцатого века. До этого религиозные меньшинства в России назывались “раскол” и “самочинные соборища”. Термин “культ” появился в протестантских кругах США. Они не могли своих оппонентов называть сектантами, потому что этот термин был уже задействован против них католиками. Поэтому группы организаций, которые стали возникать за рубежом, прежде всего в США назвали термином “культ”. Он некритически был воспринят у нас и русской православной церковью и чиновниками, которые должны оперировать только законом. Я являюсь не только профессором МГУ, но и заместителем председателя экспертного совета Министерства юстиции и я должен вам напомнить, что в соответствии со статьей 6 и 8 закона 1997 года религиозные объединения делятся на религиозные группы, религиозные объединения, централизованные и местные организации, никаких сект там не упоминается. Поэтому, когда государственный чиновник начинает использовать термин “секта”, он уходит от необходимости пользоваться в определении религиозных организаций понятиями, присутствующими в законе. Термин “секта” можно использовать только в сравнительном религиоведении или в отношениях между конфессиями. Если православная церковь называет себя — православная, т.е. правильно славящей Бога, то она на законных основаниях баптистов считает сектантами. В этом смысле вполне корректно такое название. Но на языке чиновника, государственного служащего и тем более экспертных заключений, предоставляемых в государственные органы и судебные инстанции, использовать термин “секта” совершенно неприемлемо.

Теперь, что касается понятий манипулирования сознанием, кодирования, зомбирования, программирования и т.д. Эти термины тоже пришли к нам в 1992 – 93 гг., когда стала переводиться американская антикультистская литература. Я имею в виду книгу

¹ Профессор МГУ, доктор философских наук

И. Я. Кантерев

Уолтера Мартина “Царство культов” и книгу Джорджа Макдауэла и Дэвида Стюарта “Обманщики”, где все эти термины задействованы, и они приняты на вооружение сегодня, к сожалению, не только оппонентами этих организаций, которые там перечисляются, но и чиновниками, религиоведами и особенно журналистами. Существенным недостатком в критике или даже в оценке деятельности тех организаций, которые относятся к культовым и деструктивным, является игнорирование динамики или эволюции этих организаций. Они стали возникать на грани перестройки. Я имею в виду последователей “Виссариона” — Церковь последнего завета. Я дважды был там, общался с ними. Эти организации находятся в динамике. Стартовое психологическое состояние любой новой организации характеризуется эмоциональным подъемом и альтернативным отношением к господствующей религии и существующему положению вещей, осуждением их как греховых, дьявольских. Точно также возникало учение Христа в рамках иудаизма. Виссарион утверждал, что конец света наступит при жизни этого поколения. Потом был компромиссный вариант, когда дата конца света не называлась. По телевидению их показывают в белых одеяниях. С 1995 года никаких белых одеяний они не носят. Большинство из этих организаций от мироотвергающей модели отношения к существующей реальности перешло сегодня к мироисцеляющей, фактически легитимизирующей сегодняшнее состояние вещей. Сегодня “Виссарион” (26 декабря 2003 года) посыпает на шести страницах письмо Путину, называет его “Мой дорогой друг!” и говорит ему: “Я знаю как, и могу превратить Россию в одну дружную семью”. “Богородицкий Центр”, официальное название — “Церковь Божьей Матери” тоже централизованная зарегистрированная организация, находящаяся под защитой государства. 18 июля руководитель этой Церкви Иоанн Переславский получает откровение Божьей Матери о том, что Путин будет править 12 лет и призывает всех слушать его. Они переходят совсем на другую форму взаимоотношения с миром, и это естественно, потому что нельзя долго держать людей в состоянии осажденной крепости, что вот-вот придет конец света. В 1997 году “Виссарион” предсказывал, что все рухнет, Москва покроется гальками. Сейчас ничего этого нет. Эсхатологическая лихорадка, которая всегда характеризует ранние этапы, сейчас исчезла. Многие из них, особенно “Свидетели Иеговы” привыкли к комфорtnому состоянию, хорошей работе, хорошим условиям жизни, их лидеры довольно неплохо живут, и переходить в состояние бродячих групп никто из них не хочет. Поэтому главная методологическая ошибка многих публикаций и телепередач состоит в том, что они игнорируют эволюцию, которая прошла за 15 лет в этих организациях. Они оценивают их по стартовому состоянию. Вот скажем, разрушение семей. Да, Румянцев в свое время написал статью в № 3 за 1993 г.

“Рыцаря веры”, извините за название, оно было опубликовано в печати — “Коммунистические бляди”. Смысл статьи состоит в том, что в коммунистическое время родители бегали на партсобрания, маевки, забывали о своих детях, и эти родители сопровождаются таким словом. Сейчас они оказались от этой установки, но в оценке их сегодняшнего состояния все время ссылаются на эту статью 1993 года.

Теперь о манипулировании сознанием. Я считаю, что главным манипулятором является наша жизнь. Когда я в октябре 1993 года оказался на Украине, чтобы увидеть конец света, я увидел тогда реальный конец света, а не придуманный Марией Дэви-Христос (настоящее имя Марина Мамонова) и Юрием Кривоноговым. Это полная потеря статусного состояния миллионов людей. Люди с тележками катаются, мечутся, все брошено. Поэтому если говорить о манипулировании сознанием, то этот термин, так широко применяемый к этим организациям, должен быть использован и по отношению к другим учреждениям, прежде всего к телевидению. Телевидение женушило, например, что надо покупать “МММ”. Почему другие организации занимаются активным миссионерством или как говорят вербовкой? Дело в том, что сейчас религиоведческие исследования по психологии религии заменяют терминологией из оперативной работы — вербовка. Но новые организации, которые не укоренены в стране, не имеют другого способа пополнения своих рядов, как прежде всего с помощью активных миссионерских действий.

Теперь ближе к вашей теме. Иногда выступают по радио, телевидению и говорят: “Для того, чтобы избавиться от ущерба, нанесенного сайентологами, нужно восстанавливаться 6 лет, от сайентологов вообще пожизненным калекой становится”. Несколько раз я просил у выступающих дать мне ссылку на заключение психиатров или еще какие-то источники. Ничего не говорится. В то же время мы проводили исследование со студентами старших курсов в “Церкви Объединения” в Московской общине. Они собираются на ВДНХ, примерно 350 человек еженедельно. Мы спросили, кто из них состоит в этой организации с 1992 года. Выяснилось, что меньше 10 %. Это мировая практика. Организации, которые делают акцент на молодежь, так называемые организации с “молодежным лицом”, уже по этой причине обречены на сменяемость. Потому что молодежные мотивации — это нередко реализация коммуникативных потребностей общения с молодежью, но без наркотиков, без секса, без пьянки. Эти мотивации затухают, когда они переходят в другую возрастную категорию. Они просто перестают туда ходить.

Я проводил в Татарстане исследование способов распространения новых движений среди татар, среди потенциальных мусульман. Я увидел, с какой легкостью они ломают препятствия в виде этнической, т.е. татарской нации и соединения татар с традиционным

составом. Некоторые мусульмане говорили, почему они перестали ходить в мечеть, а ходят только к “Свидетелям Иеговы”. Давали социальные объяснения: “В мечети я оказываю знаки уважения новым татарам, т.е. состоятельным или высокопоставленным, с ними говорит мула, сажает их рядом с собой, а до меня никакого дела нет. А у “Свидетелей Иеговых” мне сегодня пять раз давали выступать, и пастор всех нас знает по имени”. То есть вовлеченность, осознание причастности к сообществу единоверцев, этот тонус гораздо выше. В этом смысле сегодня одна из причин напряженности религиозной жизни, о которой мы говорим, состоит в том, что мы являемся свидетелями насыщенности религиозного пространства. Уже в течение пяти лет не растет численность наименований организаций: как было 62 направления, так оно и есть. Потому что те резервы, за счет которых росло количество верующих, уже исчерпаны. Поэтому организация, если она хочет увеличить свою численность, имеет всего два варианта, или улучшить свою привлекательность, или прибегнуть к помощи светского плеча, то есть к помощи государства. Это одна из причин сегодняшних конфликтов в религиозной сфере. То, что я вижу, не убеждает меня в том, что там занимаются манипулированием сознания, гипнозом, вербовкой. Эти термины светское религиоведение сегодня не использует, поскольку они не подтверждаются никакими действиями.

— В отношении сект много публиковалось в Независимом психиатрическом журнале. Игорь Яковлевич, Вы не видите патологии, которая обуславливала бы пребыванием в секте?

— Для меня бум новых религий, особенно отечественного происхождения, это, прежде всего следствие глубочайшего социально-экономического и психологического кризиса, дальше, коренное изменение статуса религии, которое из формы отчужденного сознания, пережитка прошлого, стала восприниматься большинством населения как нормальное состояние человека. Это одна сторона. И более того, начиная с 1990 года, стала усиленно формироваться установка, что всякая религия — благо и чем больше религий, тем больше у нас будет хлеба, мяса, и т.д. И третья, чем больше у нас религиозного многообразия, тем более демократическое общество у нас будет. Снятие всяких юридических запретов на существование религий, которое зафиксировано в Конституции и в ст. 3 Закона “О свободе совести и религиозных объединениях”, дублирует ст. 18 Декларации прав человека о свободе выражения не просто веры, но и свободе распространения веры, здесь мы видим полное расхождение конституционной нормы с термином вербовка. Потому что в Конституции написано: “Право человека свободно и беспрепятственно распространять свои взгляды”. Все это в совокупности привело к возникновению таких отечественных объединений, как “Церковь Виссариона”, различных зарубежных

организаций. Но сегодня большинство бурно стартовавших организаций, за исключением “Свидетелей Иеговы”, не растут, и главная их цель — сохранить какую-то стабильность, не прийти к распаду. Вообще бум этих религиозных организаций в количественном плане приходится на лето 1993 года. С лета 1993 года начинается сокращение численности этих организаций и переход к другим формам религиозного поиска. Надо сказать, что эти организации являлись в то же время формой протesta, несогласия человека с тем состоянием, в котором он оказался. Я у “Виссариона” разговаривал с сотней человек. Там семьдесят процентов интеллигенции. Огромное количество людей уехало туда из крупных городов, из мегаполисов. Это весьма решительный шаг, потому что человек и географически и социально отрывается, они ведь продают квартиры, порывают с прежней профессией и живут там. Поэтому сводить все к примитивной формуле — вербовка, это предельное упрощение сложного феномена новых религиозных движений.

— Как Вы относитесь к сатанинским группам?

— Я к ним отношусь предельно критически, отрицательно. Что такое сатанисты? Если вы считаете сатанистами хулиганские шайки, банды, которые вешают кошечек, то это одно дело. Но есть так называемые идейные сатанисты. Они часто ссылаются на “Сатанинскую библию” Шандоро Ла Вея. Он — “основатель идейного сатанизма” — отрицает реальное существование сатана. Для него сатана — это идеал гедонизма, это символ того, что нужно жить только этой жизнью. Поэтому у него полемика с христианством. Если христиане говорят, что если тебя ударили по одной щеке, подставь другую, то сатанист считает, что надо ответить так, чтобы обидчик забыл впредь, как поднимать руку. Такой формы сатанизма, который был бы как-то философски обоснован, у нас или нет, или они никак себя не проявляют. А шпану, которая занимается вандализмом, надо забирать и сажать. Но к сатанизму как форме мысли они никакого отношения не имеют.

— Как Вы относитесь к направлению “Махариши”, которое тоже энергетически соединяет людей и воздействует на многие процессы в мировом масштабе?

— В “Махариши” ничего оригинального нет. Я думаю, что эта организация идет сейчас на спад. Ее пик был, когда он в США разворачивал свою деятельность. В России какие-то варианты его есть, но они носят неорганизованный характер. Людей разного рода туда привлекает, во-первых, восточная экзотика, во-вторых, идея расширения сознания, поиска своих собственных скрытых энергий, то, что больше относится к “Нью Эйдж”. Я за неимением времени не стал говорить о “Нью Эйдж”. Это аморфное движение, но по численности грандиозное, где объектом трансцендентности, т.е. объектом поклонения, является не

сверхъестественное существо, а здоровье, экология или еще какие-то явления. Эти ньюэджеровские группировки занимаются расширением возможностей человека, перевода его в другое состояние. Надо сказать, что социологическое изучение этих явлений находится на ужасающе низком уровне. У нас нет "инвентаризации религиозного хозяйства". Мы даже приблизительно не знаем, сколько этих ньюэйджеровских групп существует в Москве. Обычно это зал в библиотеке. Какие-то, например, бывшие учительницы создают теорию учения, издают две-три книжки. На ватмане у них написано, например, как перейти в пятую расу и т.п. Приходит 60 – 70 человек два раза в неделю. Они неофициальным образом платят нищим библиотекарям за аренду помещения. За вход берется 50 рублей и все. Это аморфные группы, у них в отличие от структурированных организаций нет жесткой дисциплины. Но таких организаций сейчас очень много. Они до прошлого года два раза в год проводи-

ли выставки в Доме художника на Кузнецком мосту. Наша научная позиция состоит в том, что мы стараемся давать объективный и взвешенный диагноз, к которому не примешиваются конфессиональные пристрастия, идеологические; а самое главное, наша научная задача состоит в том, чтобы дать адекватное описание тому, что происходит в этих организациях. Эта работа очень трудоемкая, и молодежь не хочет сейчас этим заниматься, работа связана с постоянными контактами, встречами, и здесь нужно определенное терпение, толерантность. В последнее десятилетие защищено очень много диссертаций об организациях, о которых я говорил. Но, к сожалению, научное сообщество отошло на периферию. Тон здесь задает шумное "массмедиальное братство", которое раскручивает "сектантскую тему", и церковная публицистика, которая обличает их как еретиков.

Внимание!

Новый адрес электронной почты
Независимой психиатрической ассоциации России:

info@npar.ru

**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: info@npar.ru
Адрес для корреспонденции: 121019, Москва, Новый Арбат, 11, комн. 1922,
Российский исследовательский центр по правам человека.

Консультации и комиссионный прием граждан проводятся бесплатно



Перспективы развития судебно-психиатрической экспертизы

Е. И. Цымбал

Одним из основополагающих принципов уголовного права является принцип вины, предполагающий обязательную оценку отношения лица к совершенному деянию и его способности к осознанной регуляции поведения в криминальной ситуации. Очевидно, что для практической реализации принципа вины необходимо широкое использование специальных познаний в области психологии и психиатрии на всех стадиях процесса уголовного судопроизводства. В настоящее время основной формой привлечения к участию в уголовном процессе психиатров и психологов является назначение судебных экспертиз. В связи с этим попытаемся в самой обобщенной форме оценить современное состояние судебно-психиатрической экспертизы. Это — своего рода взгляд с высоты птичьего полета, который не касается ни конкретных экспертных учреждений, ни конкретных экспертных комиссий. Он основан на материалах анализа работы судебно-психиатрической службы Российской Федерации, ежегодно публикуемых ГНЦ ССП им. В. П. Сербского.

В 2000 году в Российской Федерации действовало 914 экспертов — судебных психиатров, из них физических лиц было 458, остальные работали по совместительству. Судебно-психиатрическими экспертными комиссиями было проведено 177 тысяч экспертиз за год. Если учесть, что в году не менее 50 дней приходится на отпуск и 100 дней — на выходные и праздничные дни, то получается, что эксперты работали 215 дней. Из 914 экспертов могли быть составлены 305 экспертных комиссий (все судебно-психиатрические экспертизы проводятся комиссионно, тремя экспертами, хотя это не основано на требованиях закона). Следовательно, за один рабочий день всеми экспертными комиссиями проводилось 823 судебно-психиатрических экспертизы, т.е. одна комиссия проводила 2,7 экспертизы ежедневно. На эти экспертизы она могла затратить, если исходить из семичасового рабочего дня, 2 часа 13 минут.

Таково было положение в 2000 году. В 2002 году ситуация несколько изменилось к лучшему. Число экспертов возросло до 1 004, больше стало физических лиц, занимающихся только экспертной деятельностью, — 499. Количество экспертиз сократилось до 175 тысяч, поскольку уменьшилось общее количество уголовных дел. Используя изложенную выше методику можно рассчитать, что в 2002 г. одна экспертная комиссия ежедневно проводила 2,6 экспертизы, затрачивая на каждую из них 2 часа 19 минут. Такова нагрузка, с которой работают эксперты. При всей приблизительности и неточности предлагаемых расчетов, они позволяют сделать вывод о перегрузке судеб-

но-психиатрических экспертных учреждений. Это обстоятельство, на мой взгляд, является объективной причиной низкого качества значительного числа экспертных заключений (краткости, формализма, отсутствия анализа влияния психического расстройства на поведение испытуемого в криминальной ситуации).

Однако только объективными причинами нельзя объяснить резкие региональные различия экспертной практики. Так, в 2002 году среди испытуемых, признанных экспертами вменяемыми, психически здоровыми были: во Владимирской области — 8,4 %, в Белгородской области — 73,7 %. Это свидетельствует о различных подходах экспертных комиссий к диагностике психических расстройств. Столь же существенны различия в решении сугубо экспертных вопросов — установлении вменяемости или невменяемости. В том же году среди прошедших экспертизу признаны невменяемыми: в Республике Алтай — 1,9 %, Ульяновской области — 2,6 %, Республике Дагестан — 27,5 %, Ингушской республике — 38,5 % испытуемых. Отмеченные различия не могут быть объяснены особенностями криминальной ситуации или распространенности психических расстройств. В соседних регионах Белгородской и Курской областях невменяемыми было признано 4 % и 12 % испытуемых соответственно. Если исходить из того, что основополагающее значение при решении экспертных задач имеет установление психического расстройства и вменяемости или невменяемости, то по этим показателям позиции, занимаемые разными экспертными комиссиями, мягко говоря, существенно отличаются.

То же отсутствие единобразия единых критериев проявляется и при диагностике отдельных нозологических форм. Среди испытуемых, прошедших в 2002 г. судебно-психиатрическую экспертизу, шизофrenia диагностирована у 1,8 % в Республике Алтай и у 56 % в Ингушской республике; умственная отсталость: у 6,9 % в Санкт-Петербурге и у 75,3 % в Еврейской автономной области. Состав невменяемых по нозологической патологии, т.е. какое психическое расстройство эксперты усматривают в качестве основания для признания лица невменяемым демонстрирует столь же резкие региональные различия. Шизофrenia диагностирована у 9,8 % невменяемых в Республике Саха (Якутия) и у 70,6 % в Республике Северная Осетия. Умственную отсталость среди невменяемых эксперты констатировали у 5,4 % в Самарской области, у 67 % в Республике Хакасия, и 65,2 % в Псковской области. Эти данные свидетельствуют об отсутствии единобразия методических под-

ходов в экспертной практике и необходимости реформирования самой экспертной системы.

Одним из направлений этого реформирования должно стать расширение, а не ограничение круга специалистов, привлекаемых к производству судебно-психиатрических экспертиз, как происходит в настоящее время, без чего нельзя уменьшить нагрузку на экспертные комиссии. Представляется, что экспертиза свидетелей и потерпевших для решения вопроса о способности давать показания, может быть поручена врачам-психиатрам, не имеющим сертификата в области судебной психиатрии, поскольку в этом случае не требуется оценки влияния психического расстройства на поведение испытуемого в криминальной ситуации. Практика многих зарубежных стран свидетельствует о возможности поручения производства экспертиз высококвалифицированным врачам, а не экспертам, специализирующимся исключительно на судебно-экспертной деятельности.

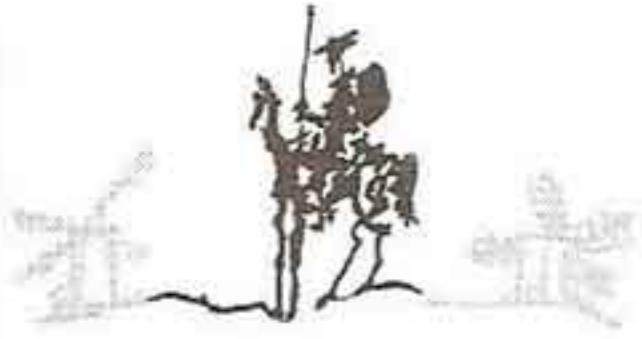
Дискуссионным является вопрос о производстве судебно-психиатрических экспертиз только комиссионно, с участием трех экспертов; как отмечалось выше, эта практика не основана на требованиях закона. Эксперты объясняют необходимость комиссионного освидетельствования сложностью решаемых задач. Однако существование значительных региональных различий в диагностических подходах и решении экспертных задач свидетельствует о том, что участие в освидетельствовании нескольких экспертов не обеспечивает единобразия экспертной практики. В связи с этим можно полагать, что единоличное производство судебно-психиатрической экспертизы не окажет негативного влияния на качество экспертиз. Напротив, реализация этого предложения приведет к положительным изменениям — даст возможность значительно увеличить время, затрачиваемое на проведение одной экспертизы, позволит отказаться от услуг наименее квалифицированных экспертов. При неготовности экспертов отказаться от комиссионного освидетельствования может быть изменен порядок формирования экспертных комиссий. Возглавлять ее должен штатный эксперт, прошедший специализацию в области судебной психиатрии, а в качестве членов комиссии следует привлекать наиболее опытных врачей-психиатров.

Реформирование судебно-экспертной системы, по моему мнению, должно сопровождаться отказом от некоторых стереотипов, которые в существующей ныне замкнутой экспертной среде столь устойчивы, что кажутся фундаментальными и незыблемыми. Одним из таких принципов является неприятие вероятностных выводов. Человеческая психика чрезвычайно сложный предмет для изучения и оценки. Если вспомнить диагностические семинары по психиатрии, которые проводились много лет тому назад, в условиях относительного единобразия диагностических подходов, то при оценке одного и того же боль-

ного ведущие отечественные психиатры приходили к различным выводам. Даже такой объективный метод, как геноскопия или генетическая дактилоскопия, основанный на гибридизации ДНК, дает вероятностный вывод, пусть и с очень высокой вероятностью — 99,5 %. Ни одно экспертное исследование не может сделать вывод со стопроцентной достоверностью, причем чем сложнее объект исследования, тем выше вероятность ошибки. В последнее время в экспертных учреждениях разрабатываются методики, предполагающие получение вероятностных выводов. В 1995 году экспертами криминалистического центра МВД России была предложена методика определения возраста лица по образцу рукописного текста, которая предполагала получение вероятностного вывода. В целом можно утверждать, что степень категоричности выводов обратна уровню знаний экспертов.

В случае судебно-психиатрической экспертизы можно говорить о тройной неопределенности. Во-первых, неопределенность диагностическая. Она заключается в том, что симптоматике, имеющейся у испытуемого на момент производства экспертизы, вследствие сложности диагностики, может быть дана различная клиническая оценка (диагностированы разные психические расстройства). Во-вторых, неопределенность связана с необходимостью ретроспективной оценки психического состояния на момент совершения деяния. При этом необходимо учитывать, что экспертиза может проводиться спустя весьма длительный срок, а любая реконструкция событий прошлого основана на предположении о динамике психического состояния испытуемого после совершения преступления или общественно опасного деяния. На психическое состояние испытуемого также оказывает влияние судебно-следственная ситуация, особенно в тех случаях, когда избирается мера пресечения в виде содержания под стражей. Третья основная неопределенность связана с тем, что эксперты не имеют объективных и детальных сведений о криминальной ситуации, а могут судить о ней только по неполным и противоречивым материалам уголовного дела. Отмеченная тройная неопределенность обусловливает неизбежность вероятностной формулировки выводов экспертов. Это означает, что в экспертном заключении не только формулируется наиболее вероятный вывод, но приводятся альтернативные выводы и оценивается их вероятность.

Реформирование судебно-экспертной системы должно происходить в контексте развития процесса гражданского и уголовного судопроизводства. Гражданский процесс основан на принципе состязательности, возлагая бремя доказывания на стороны, он каждую из них наделяет равными возможностями для сбора доказательств. Действующий с 2002 года Уголовно-процессуальный кодекс России рассматривает принцип состязательности как фундаментальное основание уголовного процесса. Именно состязательность должна способствовать достижению тех целей,



которые обеспечивают установление истины и полноту исследования доказательств. Несмотря на значение принципа состязательности, возможности обвинения и защиты по сбору доказательств в уголовном процессе существенно различаются. Особенно очевидны эти различия при использовании специальных познаний: экспертиза назначается только стороной обвинения (следователем). Сторона защиты может лишь ходатайствовать о назначении экспертизы, постановке перед экспертами определенных вопросов, выборе конкретного экспертного учреждения и привлечении в качестве экспертов определенных лиц. Очевидно, что для обеспечения реальной состязательности в процессе сторона защиты должна быть наделена правом назначения экспертизы.

Возможно ли это при нехватке экспертов и, самое главное, существующей практике безусловного признания выводов экспертов следствием и судом? Наделение защиты правом назначение экспертизы следует рассматривать как задачу на более или менее отдаленную перспективу, которая в настоящее время решена быть не может. При этом необходимо понимать, что только состязательность, представление альтернативных экспертных заключений способно повысить качество экспертиз, вывести экспертную систему из состояния стагнации.

Еще одним направлением развития экспертной практики является использование специальных познаний в области психологии и психиатрии для решения новых задач, вне рамок традиционной экспертизы. Так, в уголовном судопроизводстве эксперты могут быть привлечены для установления мотива совершения преступления обвиняемым (подсудимым), выявления у потерпевших психических и поведенческих нарушений, характерных для лиц, перенесших насильственные посягательства, например травматической сексуализации у жертв сексуальных преступлений. При разрешении судами споров, связанных с воспитанием детей (определение места жительства ребенка, порядка общения с ним отдельно проживающего родителя и т.п.), возникает необходимость выявления привязанности ребенка к каждому из родителей, установления последствий неисполнения родительских обязанностей или злоупотребления родительскими правами. Решение этих вопросов, принятие судом решения, соответствующего интересам ребенка, невозможно без использования специальных познаний в области психологии и психиатрии. Судебная практика знает успешные случаи решения экспертами нетрадиционных задач, и не только в крупных городах,

но и в глубинке. В городе Оленегорске Мурманской области привлечение психолога, использующего метод нейролингвистического программирования, позволило следователю получить доказательства, подтверждающие наличие прямого умысла на убийство ребенка у его матери.

К сожалению, подобные примеры единичны, они доказывают косность и ригидность судебно-психиатрической экспертной службы, игнорирующей интересы и запросы практики. Семейный кодекс действует с 1996 г., однако до настоящего времени эксперты не обозначили предмет экспертизы по спорам, связанным с воспитанием детей, не обозначили вопросы, которые могут быть решены ими при рассмотрении судами указанной категории дел. В Уголовный кодекс России, действующий с января 1997 г., включено новое основание, исключающее уголовную ответственность — так называемая возрастная невменяемость. За прошедшие восемь лет, несмотря на то, что из пяти несовершеннолетних, признанных не подлежащими уголовной ответственности, два отстают в психическом развитии, методика производства указанных экспертиз не разработана. Следствием такой пассивности судебно-психиатрической экспертной службы является полная рассогласованность в применении нормы о возрастной невменяемости.

Негативно сказывается на качестве экспертных заключений и отрыв судебной психиатрии от общей. Абсолютно недопустимым и методологически ошибочным является отождествление судебными психиатрами понятий психическое расстройство и невменяемость. Использование в судебной психиатрии особого, отличного от общей психиатрии понятия психического расстройства юристами уже воспринимается как норма, хотя именно это обстоятельство приводит к многочисленным экспертным ошибкам. С введением субспециальности "судебная психиатрия" разрыв судебной психиатрии от общей станет еще глубже. Можно сказать, что судебная психиатрия оторвалась от базовой дисциплины, своего научного фундамента — общей психиатрии. При этом судебная психиатрия игнорирует новые задачи, которые ставят перед ней уголовное и гражданское право, хотя как прикладная дисциплина она призвана удовлетворять нужды юридической практики. По моему глубокому убеждению, давно назрела необходимость задуматься о дальнейшем развитии судебной психиатрии: будет ли это продолжение движения по пути самоизоляции и застоя, либо судебные психиатры сумеют переломить негативные тенденции и стать на путь обновления?

КЛИНИЧЕСКИЕ РАЗБОРЫ

Какой дефект?

Семинар ведет А. Ю. Магалиф (21 октября 2004 г.)
врач-докладчик К. С. Гребнев

Уважаемые коллеги, вашему вниманию представляется история болезни больного X. 1974 г. рождения. Настоящая госпитализация больного тридцать первая. Поступил в больницу им. В. А. Гиляровского 29.05.2004 г.

Анамнез. Родился и всю жизнь прожил в Москве. Наследственность психическими заболеваниями не отягощена. Отцу больного 55 лет, здоров, имеет высшее образование. С матерью нашего больного контакт не поддерживает, официально развелись, когда больному было чуть больше года. Матери 51 год. Характеризует себя склонной к колебаниям настроения, мягкохарактерной, сентиментальной, но целеустремленной. Работает медсестрой в течение тридцати двух лет в ЦКБ. Производит впечатление педантичной, возможно конфликтной, стеничной, категоричной. Больной имеет здоровую супружескую младшую сестру 24 лет. В настоящий момент наш больной проживает совместно с матерью, отчимом, сестрой и ее семьей в трехкомнатной квартире. Когда мальчику было три года, мать вышла замуж повторно. Взаимоотношения с отчимом были неровными. Последние три года стали возникать конфликты в виде словесных перепалок. В целом отношения в семье терпимые.

Больной родился от первой беременности, в срок. Роды с использованием лекарственной стимуляции. Родился в асфиксии с тугим обвитием пуповины вокруг шеи. Раннее развитие без особенностей. Речь появилась вовремя, но счетные навыки сформировались позднее: к шести годам освоил счетные операции лишь в пределах тридцати. Рос общительным активным ребенком. В возрасте 1 года перенес отит правого уха. В 2 года — закрытая черепно-мозговая травма с ушибами мягких тканей лица в результате падения с высоты трех метров. Были тошнота, рвота, без потери сознания. В НИИ педиатрии было установлено сотрясение головного мозга. Периодически на протяжении полугода жаловался на головные боли. Лечения не получал. В детский сад пошел с трех лет. Адаптировался быстро. Охотно рисовал, пел, танцевал, был шумным, задиристым, драчливым, неусидчивым. Со слов больного дети его обижали, и он давал сдачи. Любил шумные игры, кричал, кусался. Говорит, что любил вратить, “из вредности”. Однажды, когда боль-

ной плевался манной кашей за столом, воспитательница вывела его из-за стола за ухо, расцарапав щеку и ухо. Мальчик затаил обиду, но от матери это скрыл. Он никогда не сообщал о конфликтах с воспитателями родителям. В возрасте пяти лет из-за расторможенности, импульсивности, спонтанной агрессивности, неусидчивости воспитатели порекомендовали матери проконсультировать мальчика у психоневролога. Больной при осмотре категорически отказывался от предлагаемых заданий. Был выставлен диагноз: “Олигофрения в степени дебильности”. Через два дня у мальчика развился тик в виде подергивания обоих век и энурез. В связи с этим наблюдался у психоневролога и получил направление во вспомогательную школу. В школу пошел с удовольствием с семи лет. В школе ему понравилось больше, чем в детском саду, так как окружающие дети его понимали: “добром отвечали на добро”. Учиться нравилось. Быстро научился читать и писать. Учился на четверки и пятерки. Хорошо успевал по математике, отлично по русскому языку и литературе. Значительно хуже по труду, особенно тяжело давались точные манипуляции: плетение, шитье. Любил читать фантастику, с удовольствием запоминал содержание книг. В школе была повышенная возбудимость: бегал по коридорам, кричал, ругался матом, дрался, но на занятиях был собран, задания выполнял в числе первых, потом начинал помогать другим детям, чем вызывал нарекание преподавателей. На замечания практически не реагировал. Дома поведение было диаметрально противоположным: тихий, спокойный, исполнительный, ухаживал за маленькой сестренкой. Школу окончил хорошо. Мог продолжить обучение в спец. ПТУ. Однако мать была против, разорвала документы на глазах у сына, заявила, что ему надо работать. Работал в типографии брошировщиком полный рабочий день. Был исполнительным, аккуратным, вовремя приходил на работу. В коллективе был доверчивым, простодушным, тихим, неконфликтным. Поведение не отличалось от поведения других людей. Заработок целиком отдавал матери. Спиртное практически не употреблял, лишь в семейной обстановке по праздникам. В свободное время находился дома, читал.

Впервые начал ухаживать за девушками в 21 год, менее чем за год до первой госпитализации. Первый сексуальный опыт оказался неудачным. Переживал, снизился аппетит. Настроение было постоянно сниженным, считал себя неполноценным. Это продолжалось около двух месяцев. Стал стеснительным. Когда ухаживал за второй девушкой, не мог преодолеть чувство неловкости, страха перед неудачей. После повторной неудачи расстался с девушкой, настроение стабильно снизилось, нарушился сон, стал вялым, с близкими общался формально, с работойправлялся с трудом. Домой приходил уставшим. К домашним делам интереса не проявлял. 21 января 1996 года перенес аппендэктомию под наркозом с использованием клопиксола. Примерно через неделю мать больного стала замечать, что он одиноко бродит по квартире, общается формально, что-то сам себе говорит. Стал тревожным, напряженным, озирался по сторонам. Так продолжалось чуть более месяца. 5 марта 1996 года на глазах у матери схватился за голову и закричал, чтобы она вызвала врача. Цветочным горшком разбил окно. По приезде скорой психиатрической помощи рассказал, что слышал "голоса" снаружи от себя, не зависимо от обстановки на протяжении месяца. Они ему рассказывали всякие истории. Видел вокруг себя свет, цветы, однако в последний момент "голоса" приобрели приказной характер, потребовали от него разбить окно, при этом они вызвали боли в голове и в животе. Впервые больной был госпитализирован 5 марта 1996 года на три месяца в больницу им. Гиляровского. Статус в отделении характеризовался пониженным настроением, вялостью, бездеятельностью. В течение трех дней больной подтверждал наличие голосов, жаловался на головные боли, периодические носовые кровотечения. Получал неулептил — 30 мг в сутки, галоперидол — 15 мг в сутки, азалептин — 50 мг в сутки. Был выписан в удовлетворительном состоянии с улучшением. Диагноз: "Органическое поражение ЦНС травматического генеза с выраженным изменениями личности и психозом". После выписки больной продолжил работать в типографии. Дома принимал поддерживающую терапию, однако постепенно появилось плохое настроение, вялость, жалобы на снижение трудоспособности. Через полгода (январь 1997 г.) больной самостоятельно обратился с этими жалобами в диспансер и лечился в санаторном отделении. Через две недели поведение больного изменилось: стал эйфоричным, иногда дурашливым. Обманов восприятия не обнаруживал. Поведение стабилизировалось через неделю. Был выписан с улучшением домой. Получал амитриптилин — 75 мг в сутки, галоперидол — 4,5 мг в сутки. Диагноз оставался без изменений. Большинство последующих госпитализаций происходили на фоне значительной неустойчивости настроения с колебаниями от сниженного до грубой эйфоричности, дурашливости. Либо больной был вял, бездеятелен, неправлялся с работой,

жаловался на головные боли, либо был эйфоричен, дурашлив, раздражителен, сексуально расторможен. В отделении прижимался к больным, гладил их ниже пояса. При этом отмечалось значительное повышение аппетита. Если настроение было приподнятым, больной активно участвовал в трудовой деятельности, помогал мед. персоналу. Если оно было снижено, больной был вялым, бездеятельным. В 1997 году во время третьей госпитализации была дана вторая группа инвалидности. В отделении получал амитриптилин — 75 мг в сутки, галоперидол — 6 мг в сутки, циклодол — 6 мг в сутки, аминазин — 300 мг в сутки, феназепам — 3 мг в сутки. Начал регулярно посещать лечебно-трудовые мастерские при больнице. Был аккуратен, дисциплинирован, обязателен в работе, соблюдал прием поддерживающей терапии. Начиная с 1998 года отметил значительное ухудшение памяти, резко сузился кругозор, не запоминал новую информацию. Перестал читать новые книги, читал сказки и прочитанные детские книжки. Больной активно помогал матери по дому, но при этом требовался контроль за ним, так как он стал невнимательным и неаккуратным. Требовалось постоянно объяснять ему каждую задачу. Ухудшились отношения с семьей. Четвертая госпитализация была уже в острое отделение с апреля по август 1999 года. Больной при поступлении был возбужден, многоречив, говорил, что слышит "голоса", которые кричали с улицы. В отделении был крайне эмоционально неустойчив, слышал "голоса", звучавшие во вне без ощущения сделанности. Отмечалось выраженное интеллектуально-мнестическое снижение. Тогда был впервые выставлен диагноз: "Деменция смешанного генеза". Получал галоперидол — 3 мг в сутки, акинетон — 6 мг в сутки, аминазин — 150 мг в сутки, сонопакс — 150 мг в сутки, финлепсин — 600 мг в сутки, а также азалептин — 100 мг в сутки, клонозепам — 2 мг в сутки, хлорпротиксен — 60 мг в сутки, модитен-депо — 50 мг. После выписки до сентября проживал в деревне у родственников. Состояние было стабильно. С сентября 1999 г. вновь наступило ухудшение: был возбужден, сексуально расторможен, приставал к матери и сестре. Последующие шесть госпитализаций имели аналогичный характер, но без "голосов". После выписки больной продолжал исправно посещать лечебно-трудовые мастерские. Работал аккуратно, с интересом. С декабря 2001 года вновь появились "голоса", в основном женские, множественные, которые заставляли его нецензурно браниться. "Голоса" звучали уже внутри головы. До 2003 года еще несколько раз стационаровался в больницу в аналогичном состоянии. Обострения купировались сравнительно быстро той же терапией с добавлением карбамазепина, клопиксола-депо. Однако регулярной внебольничной терапии не было из-за экстрапирамидных расстройств.

Предпоследняя госпитализация с июня по июль 2004 года была связана с возникновением у больного

нейролептического синдрома. После выписки больной уехал с матерью в деревню, принимал поддерживающую терапию. В начале августа стал снова слышать “голоса” сексуального содержания, которые сообщили ему, что он должен удовлетворить свои сексуальные потребности с матерью. Начал приставать к ней, требовал, чтобы она его поняла. Жаловалась ей, что страдает от этого, что ему не хватает женщины, что ему надо срочно жениться. В доме не давал прохода сестре, стремился прижать ее к стене в коридоре. Ссорился с отчимом, который делал ему замечания в связи с его поведением. Был госпитализирован в добровольном порядке в больницу им. Гиляровского в августе 2004 года в острое отделение. В отделении отмечалась значительная неустойчивость настроения. В начале был дурашлив, эйфоричен, слышал “голоса”, звучащие внутри головы, императивного характера. Иногда говорил, что не мог отличить “голоса” в голове от посторонних шумов. В отделении активно помогал медперсоналу, однако поручения выполнял менее аккуратно, нежели в прежние госпитализации. Общение с другими больными было поверхностным. С середины сентября настроение стало меняться по нескольку раз в день. Пантомимика и мимика больного не соответствовали его настроению. Часто на лице присутствовала бессмысленная улыбка, одновременно был раздражительным, мог ударить другого больного. Потом подходил и просил прощения. Во второй половине дня мимика становилась маскообразная, больной становился бездеятельным, проводил время за просмотром телепередач или лежал в палате. Стал значительно чаще подходить к врачу и медперсоналу с жалобами на “голоса”, искал помощи, однажды разбил окно в туалете по приказу “голосов”. Состояние больного могло за сутки поменяться несколько раз. Часто жаловался на головные боли. Последние две недели стал более тревожным, суеверным, навязчивым в просьбах. “Голоса” внутри головы отрицает. Получал лечение: оланzapин — 15 мг в сутки, аминазин — до 300 мг в сутки, циклодол — до 6 мг в сутки, карбамазепин — до 600 мг в сутки, бромкамфару, диакарб, тизерцин — до 150 мг в сутки, сидолит — до 900 мг в сутки, циннарезин. Соматически без особенностей.

Заключение терапевта. В настоящий момент у больного отмечается артериальная гипертензия I-II степени. На фоне приема оланzapина у больного отмечалась гипергликемия.

Заключение окулиста. Ангиопатия сетчатки по гипертоническому типу.

Заключение невролога. Жалоб неврологического характера не предъявляет.

Зрачки равны. Несколько сужена правая глазная щель. Левая носогубная складка чуть сглажена. Мягкое небо подвижно. На языке старые рубцы. Тонус мышц конечностей обычный. Сухожильные рефлексы симметричны. Легкая болевая гипестезия слева.

Координаторные пробы с легкой интенцией. Ярко выраженные симптомы орального автоматизма. Менингиальные симптомы отсутствуют. Д-з: “Энцефалопатия сложного генеза”.

Ведущий: — Припадков у больного не было? — У больного было два приступа с заведением глаз на фоне приема нейролептиков во время первой госпитализации. Их расценили как припадки.

Сравнительный анализ заключений ЭЭГ, начиная с марта 1996 по октябрь 2004 года. Отмечаются выраженные изменения ЭЭГ в виде брадидизритмии резидуально-органического характера с признаками ирритации коры, подкорковых структур; дисфункция стволодиэнцефальных образований головного мозга. Очагов нет. Начиная с 1997 года отмечается замедление основных ритмов и снижение их амплитуды, снижение реактивности на функциональные пробы. С 2003 года обнаруживается межполушарная асимметрия. С 2004 года на фоне этого отмечается снижение порога судорожной активности. В целом динамику картины этих исследований можно расценить как отрицательную. По сути дела речь идет о дегенеративных изменениях.

Рентгеновская компьютерная томография. Очаговых изменений плотности в веществе мозга не выявлено. Желудочки мозга симметричны. Субарахноидальное пространство больших полушарий умеренно расширено, преимущественно в области межполушарной борозды. Присутствует умеренное расширение, преимущественно наружных ликворных пространств. Больше данных за гидроцефалию.

Проводилось также МРТ-исследование. Имеются только предварительные данные, по которым выяснилось, что объемный процесс отсутствует, присутствует слабо выраженная разреженность коркового вещества лобной и затылочной доли.

Следует отметить также, что в нижней извилине левого виска обнаруживается участок изменения сигнала. Видимо имеется какое-то изменение плотности.

Психический статус. Больной в сознании, полностью ориентирован, с удовольствием соглашается на беседу с врачом. На лице благодушная улыбка. Голос громкий, словарный запас беден. Речь характеризуется преобладанием простых предложений. Навыки письма сохранены. Простейшие счетные операции — в пределах сорока. Пословицы и поговорки трактует конкретно. Обобщение по признаку крайне затруднено. Крайне примитивно описывает близких, общение с ними. Жалуется на неудовлетворенность своих сексуальных потребностей и постоянно повышенный аппетит. С его слов очень любит играть с племянницей, особенно в больничку в качестве врача. Но говорить о содержании игры отказался. Себя охарактеризовать затрудняется. Ограничиваются ответом: “Не знаю”. На вопрос о желаниях говорит, что хочет жениться, при этом глубоко вздыхает. Слащав, вязок, врача называет по имени — отчеству при этом старается его

обнять. Но на вопрос о настроении в начале говорит, что плохое. Вопросы понимает конкретно. Торопливо пытается ответить. При этом говорит, что в голове каша, не может сосредоточиться и дать правильный ответ. Часто для ответа на вопрос использует последнюю фразу вопроса. Или говорит: "Не знаю". При повторе вопроса может дать противоположный ответ. На вопрос о том, когда появились затруднения, говорит растерянно: "Не помню, память плохая стала". Сроком ухудшения памяти обозначил третий год от первой госпитализации. Выяснить поэтапно события и изменение самочувствия не удается, так как он не может ничего точно вспомнить. Однако во время беседы обнаруживается, что больной сравнительно не плохо помнит первые два года от первой госпитализации и до событий последнего года. Запас знаний ограничен. Образовательная информация обрывочна, больной в ней постоянно путается. Ответы становятся относительно точными лишь после требований врача. Легко отказывается от своего мнения. Словарный запас беден. Причиной госпитализации называет наличие "голосов" у него в голове, о содержании которых говорить стесняется. При этом внешне эмоционально резко меняется и на лице появляются слезы. Отвечая на вопрос об обманах восприятия, говорит, что это были "голоса", находившиеся внутри головы. Воспринимаются исключительно им, чувство сделанности отсутствует. Голоса приказывают ему или комментируют его действия. Иногда он прослушивает их перед сном как магнитофонную пленку. В момент беседы наличие голосов отрицает. Темп мышления неравномерен. Во время беседы крайне невнимателен.

Вопросы к врачу-докладчику:

— Как больной трактовал голоса?

— Прежде всего, больной говорит, что голоса ему что-то рассказывают, либо заставляют ругаться. Но откуда они берутся — не говорит. Отрицает, что их кто-то сделал, "навел". Считает себя больным.

— Где ему поставили диагноз "олигофрения"?

— Олигофрения была выставлена не в условиях стационара. Это к вопросу о том, была ли она вообще.

— Когда ему поставили деменцию?

— Деменция была выставлена во время госпитализации в августе 1999 года. Уже тогда в отделении отмечалось ярко выраженное интеллектуально-мнестическое снижение.

Психолог Т.А. Анохина. Я смотрела больного три раза. Первый раз в 2002 году и два раза в 2004 году. Результаты исследований совершенно одинаковые. Все три заключения фактически дублируют друг друга. Особой динамики не было. В эмоциональном контакте он был достаточно однообразен. Очень формален, поверхностен, крайне отвлекаем. Реагировал на все: на телефонные звонки, звук закрывающейся двери в соседнем кабинете и т.п.. В конце каждого обследования спрашивал, скоро ли будет обед, хотя до обеда было еще далеко.

По результатам психологического исследования, на первый план выступает грубая истощаемость, черты значительного недоразвития высших форм психической деятельности, произвольного контроля, смысловой памяти, вербально-логического мышления наряду с инфантилизмом и неразвитым эмоционально-волевым контролем, преобладанием непосредственно аффективных механизмов регуляции поведения.

В связи с дифференциальной диагностикой между олигофренией и эндогенным заболеванием, хочу отметить, что обследование не выявило специфических процессуальных нарушений мыслительной деятельности. Нет никаких значимых изменений по отношению к предыдущему исследованию от 19 июля 2004 года. Отмечается лишь незначительное улучшение показателей непосредственного запоминания, которые немножко колебались в зависимости от мотивации испытуемого и его физического состояния. На первый план везде выступает грубая истощаемость и черты значительного недоразвития высших форм психической деятельности.

Врач-докладчик: больной был консультирован профессором С. Ю. Циркиным и профессором А. М. Резником. Сообщить их диагнозы?

Ведущий: обязательно, но в конце нашего обсуждения.

БЕСЕДА С БОЛЬНЫМ

Больной входит в аудиторию свободно, слегка сутуляясь, движения рук синхронны, ни лице застывшая улыбка. С такой же улыбкой оглядывает присутствующих.

— Здравствуйте! Присаживайтесь, пожалуйста. Как настроение? — *Нормальное.* — Нормальное или хорошее? — *Чересчур хорошее.* — А как Вы различаете хорошее и чересчур хорошее настроение? — *После завтрака у меня было плохое настроение, а после обеда хорошее стало.* — Оно у Вас меняется от завтрака к обеду, от обеда к ужину? — Да. — А может быть очень плохое настроение? — Да. — Что это значит? — *Драться тянет с ребятами.* — Злой становитесь, все раздражает? — Да. — Раздражают звуки, слова? — *Слова раздражают.* — Которые ребята говорят? — Да. — Они что-нибудь плохое про Вас говорят? — *Когда хорошее, когда плохое.* — Ребята — это больные в отделении? — Да. — А как они Вас называют? — *Я не буду матом говорить.* — Они матом ругают Вас? — Да. — А хорошее говорят? — *Совещаются люди.* — Это ребята в отделении? — Да. — А как они совещаются, при Вас или за Вашей спиной? — *Когда со мной, когда с другими разговаривают.* — Про Вас? — Да. — Вы, например, находитесь в палате, а они совещаются в коридоре, и слышите, как они про Вас что-то говорят? — Да. — Иногда говорят хорошее, а иногда, плохое? — *Совершенно верно.* — Вы идете по коридору, и за Вашей спиной про Вас тоже

могут что-то сказать? — Да. — А бывает, что они могут Вас назвать каким-нибудь плохим человеком, шпионом, например? — Да. — Каким шпионом, американским? — Вон, рояль стоит... — И что? — Стул рядом с ним стоит... — Какое это имеет значение? — На пианино играть можно. — А какое это имеет отношение к тому, о чем мы сейчас говорим? Еще кем называют? — Все. — А если хвалят? — Рыбонька моя, ласточка моя, солнышко. — Это говорят больные про Вас? — Да. — Вы ведь еще и “голоса” слышите? — Да. — Вы различаете “голоса” и то, что говорят больные? — Да. — Тогда расскажите про “голоса”. Где Вы “голоса” слышите? — Не помню. — Вы их ушами слышите, или они где-то внутри говорят? — В голове. — В каком месте головы? — В висках (показывает справа на висок) — А ушами слышите? — Нет. — “Голоса” мужские или женские? — Совещаются они. — Они комментируют, рассказывают, что Вы делаете? — Да. — Вы говорили, что иногда они приказывают Вам что-то делать? — Нет. — А что-нибудь плохое делать приказывают? — Да. — А что плохое? — В постель лечь или еще куда-нибудь. — Вы отличаете, когда больные Вас ласково называют, от “голосов”, которые звучат у Вас внутри головы? — Вот свет горит. — Что это означает? — Освещение хорошее. — Это ответы мимо. Вот Вы тридцать первый раз ложитесь в психиатрическую больницу. Вы психически больной? — Я больной с детства. — Вы психически больной или у Вас какая-то другая болезнь? — Психически. — А что же у Вас за болезнь психическая, как она называется? — Не помню. — Значит, правильно, что Вы лежите в больнице? — Да. — А без больницы Вы не можете жить? — Могу. — А зачем Вас тогда класть в больницу? — Вы врача спросите. — Почему Вы дома не живете? — В каком смысле? — Вы все время поступаете из дома в больницу... — Я психом становлюсь. — Вы психом становитесь дома или в больнице? — В больнице. — А дома Вы не псих? — Нет. — Зачем же тогда Вас везут в больницу? — Не знаю. — Говорят, что Вы дома бываете агрессивным... — Бываю. — Ведете себя неправильно? — С отцом, с матерью ругаюсь. — “Голоса” внутри головы у Вас постоянно звучат или периодически? — Периодически. — Каждый день? — Нет, не каждый день. — Сегодня звучат? — Сейчас нет. — А утром звучали? — Утром, тоже нет. Уже несколько дней как нет. — “Голоса” это болезнь или нет? — Болезнь самая страшная. — А есть какие-нибудь люди, которые нарочно делают такую болезнь? — Нет. — Почему Вы считаете, что это самая страшная болезнь? — Не спрашивайте меня об этом. — Не хочется говорить об этом? — Нет. — Вы можете сказать, когда Вы заболели? — Я поступил 5 июля. А сейчас 21 число, а месяц забыл,июля, по-моему, тоже. — Разве сейчас лето? — Не могу напрячь память. — Но сейчас лето или осень? — Осень. А, сегодня 21 октября! — Вы в каком году родились? — 9 марта 1974 года.

— Сколько Вам сейчас лет? — Тридцать лет. — Адрес свой помните? — Обязательно. — И телефон помните? — Да. — А как маму зовут, сестру, помните? — Помню. — И отчима помните? — Помню. — А как отчима зовут? — Володя. — А по отчеству? — Владимир Сергеевич. — Вы сказали, что заболели в июле. Но это последний раз, а в самом начале, когда началась Ваша болезнь, сколько Вам было лет? — Пять лет. — Нет, сколько Вам было лет, когда Вы психически заболели? — В каком смысле? — Когда Ваше психическое заболевание началось? — В двадцать два года. — С чего началась Ваша болезнь? — Когда я учился в школе... — Вы уже работали тогда. — Да, я работал в 13-й типографии. — Что Вы там делали? — Книги переплетали. — Как Вы переплетали книги, можете нам рассказать? — Страницы переплетали. — Вот, журнал лежит, можете нам показать, как Вы это делали? — Намазывается kleem здесь, и здесь, и журнал получается. — А страницы как подбираются, режутся? — Режутся. — Чем? — Ножницами. — Обычными ножницами? — Да. — Прямо так сидит человек и вырезает ножницами страницу и потом, на克莱ивает ее? — Да. — И получается книга? — Да. — Это Вы ошибаетесь. Сколько же так нужно страниц резать ножницами? Но Вы не можете вспомнить, с чего началась болезнь? — Болезнь началась с того, что я был дома, читал книгу, а сестра с подругой пошли за мороженым, и я как чумовой разбил стекло дома. — Вы говорите “как чумовой”? — С ума сошел тогда. — А почему Вы разбили тогда стекло, помните? — Нет. — “Голоса” тогда начались у Вас? — Нет. — Позже? — Да. — Вот у Вас настроение часто колеблется, тоска появляется? — Да. — Подавленность? — Да. — Где, в каком месте чувствуете тоску? — В голове. — Не хочется тогда ничего? — Да. — А потом появляется веселое настроение? — Да. — Почему Вы дома лекарства не принимаете? — Нет, я принимаю лекарства каждый раз. — Вы выписываетесь из больницы, проходит какое-то время, и Вы бросаете принимать лекарства. Вам плохо от них становиться? — Да. — А что бывает плохого? — Мне что-то спать захотелось. — Я вижу, что Вы устали. Давайте, я Вас немножко осмотрю. Расслабьте руку. Мишечный тонус слегка повышен. Какие лекарства Вы сейчас принимаете? — Карбамазепин, циклодол, азалептин. — Еще что? — Не помню больше. — Раздвиньте пальцы и подержите так руку. Тремор заметный. Покажите язык, пожалуйста. Что-то есть похожее на рубцы, но язык складчатый. Выздороветь хотите? — А как же? — Кем же Вы тогда будете работать? — В 10-м отделении пакеты kleить. — Вам такая работа нравиться? — Да. — А куда-нибудь пойти работать за большие деньги? — Судовольствием. — А что Вы можете делать? — Подметать, стены мыть. — Что-нибудь читаете сейчас? — Да. — Что читаете? — “Тропой невиданных зверей”. — О чем это? — Книга так называется про животных. —

Про каких животных? — Козлы, бараны, ослы, бегемоты. — Что же там про бегемотов написано? — Забыл. — А про баранов что написано? — Эти животные все в зоопарках. — Эта книжка для детей? — Да. — А телевизор смотрите? — Да. — Что-нибудь Вам нравится там? — Фильмы. — Какие? — Военные фильмы, боевики, детективы. — Какой-нибудь фильм Вам понравился последнее время? — «Марш Турецкого». — Какой артист там играет? — Александр Домогаров. — Вам нравится этот артист? — Да. — Что же он там делает? — Убивает людей. — И все? — Да. — Вы таблицу умножения помните? — Да. — Трижды три, сколько будет? — Шесть. — Шесть? — Ой, девять. — А пятью шесть? — Забыл. — От десяти отнимайте по два. — Восемь, шесть, четыре, два. — А если от тридцати отнять три, сколько будет? — Двадцать семь. — Еще три? — Двадцать четыре. — Еще три? — Двадцать один. — Еще три? — Девятнадцать. — Еще три? — Шестнадцать. — Еще три? — Двенадцать. — От шестнадцати три, двенадцать? — Тринадцать. — Еще три? — Десять. — Еще три? — Семь. — Еще три? — Четыре. — Пословицы какие-нибудь знаете? — Знаю. — Какие? — Без труда не вытащишь рыбку из пруда. — О чем она говорит? — Что человек ловит рыбу и не может ее вытащить. — И все? — Да. — А не плуй в колодец, пригодится, водицы напиться, что это означает? — Не помню. — Подумайте. — Когда человек в туалете плунул... — Но это же не колодец?! — Не помню, я забыл, что это значит. — Вы что-нибудь хотите спросить у меня или докторов? — Нет. — Вас не интересует, сколько времени Вы тут будете еще лечиться? — Я думаю, недельку. — Через неделю Вы уже будете здоровы? — Да. — Какие вопросы к больному?

— В чем Ваша болезнь заключается? — Я выяснил, что у меня то хорошее, то плохое настроение.

Ведущий: Можно Вас попросить встать иходить немножко. (Больной встает и ходит). Нет паркинсонической походки, ноги не приволакивает... — Бывает ли у Вас такое чувство в отделении, когда Вам все время хочется менять положение тела, например, легли — хочется встать, встали — хочется лечь? — Нет. — Вы в весе прибавили? — Да. — Говорят, что Вы страдаете повышенным аппетитом, это верно? — Да. — Все время хочется есть? — Да. — Давайте отпустим больного. До свидания!

ОБСУЖДЕНИЕ

Врач-докладчик. В статусе больного можно отметить эйфоричность, дурашливость, неустойчивость внимания, быструю переключаемость, инфантильность, конкретность мышления, истощаемость. Почти постоянно присутствуют вербальные галлюцинации императивного и комментирующего содержания. В анамнезе асфиксия в родах, ранняя травма головы, возможно, с сотрясением мозга. В дальнейшем появ-

ление неусидчивости, агрессивности, резкая диссоциация поведения дома и в детском саду, школе. В 5 лет был выставлен диагноз «олигофрения». В связи с этим возможен диагноз пропропфизофрении с ранним началом, нарастающим дефектом по органическому типу. Следует также проводить дифференциальную диагностику с органическим прогрессирующими заболеванием ЦНС, приведшим к грубому интеллектуальному снижению.

А. А. Глухарева. В настоящий момент впечатление олигофреноподобного статуса с беспечностью, дурашливостью, отвлекаемостью, истощаемостью. Я думаю, что имела место умственная отсталость. Поэтому я бы не стала говорить о прогрессирующем интеллектуальном снижении: он был и остается умственно отсталым. Теперь о том, что касается течения заболевания. Я думаю, что его начало в детстве, когда в детском саду появилось расстройство поведения. В дальнейшем возник приступ психомоторного возбуждения, скорее всего кататоно-галлюцинаторный. Затем — фактически безремиссионное течение. В структуре этого заболевания есть все: расстройство настроения от атипичной гипомании, дурашливости до апатических депрессий, вербальный галлюцинация, расстройство влечений, идеи отношения. Эта бесконечная смена разных состояний не укладывается в картину классического приступа, который имеет начало и конец. И то, что в его заболевании все так эклектично, определяет сложность терапии. Такой больной в отделении в гебефено-кататоническом возбуждении все крушит, не обойдешься ни без тизерцина, ни без аминазина. Характер психопатологических нарушений в данном случае выходит за рамки органических расстройств, которые тоже есть в статусе: истощаемость, отвлекаемость. Я думаю, что речь идет о непрерывном шизофреническом процессе на фоне умственной отсталости. Наверное, это очень раннее начало. Лечить такого пациента очень сложно. Совершенно справедливо пытались давать карbamазепин как нормотимик, учитывая его бесконечные изменения настроения от гебефренной дурашливости до апатии, адинамии.

Д. А. Пуляткин. Я хотел бы немножко разобрать статус. Я согласен с Аллой Анатольевной, что в данном случае речь идет о шизофрении, о пропропфизофрении. Что мы видим в статусе больного? Первое, это эмоциональное состояние. Оно не определяется эйфорией. Больной вошел сюда спокойным, а потом стал тревожным, напряженным, следил глазами за перемещением людей. Второе. Статус достаточно пластичен, то есть зависит напрямую от затрагиваемой темы. Это уже исключает в нем грубо органическое. Третье. В статусе есть подозрительность. Больной часто становится тревожен, фиксирует взгляд на том или ином человеке. Теперь о продуктивной симптоматике. Я задавал вопрос докладчику о наличии интерпретативного компонента. Больной нам непосред-

ствено не сказал, но есть основание предполагать, что интерпретации у него есть. Когда его спросили, что это за болезнь, он сказал, что это страшная болезнь и замолчал. Видимо, у него имеется трактовка галлюцинаторных расстройств, может быть, неглубокая, не детально разработанная. Отношение к болезни различное, то он признает себя больным, то не признает. Логики никакой здесь нет. Это настоящая амбивалентность. Для меня большой вопрос, имеют ли здесь место органические изменения личности. То, что интеллект невысок, это очевидно. Но что мы видим органического? Выраженной истощаемости больной не продемонстрировал. Как он вначале медленно считал и ошибался в счете, так он и в конце продолжал считать. Если его заставить отнимать не от тридцати по три, а от ста, он будет также считать. Во всяком случае, в нашем эксперименте он никакой истощаемости не выявил. Поэтому кроме шизофрении, которая здесь отчетливо бросается в глаза, и невысокого интеллекта, мы ничего не видим. Течение приступообразно-прогредиентное.

А. Г. Меркин. Во-первых, по поводу анамнеза изначальной олигофрении. В школе демонстрирует вполне приличные успехи по математике. Что же здесь такого олигофренического? Интеллект у него невысокий, но никто от него не требовал глубоких философских знаний. Как трактовать детский гиперкинетический синдром, как резидуальную органику или как шизофренический прором? Нетрудно заметить, что все расстройства, которые мы видим, локализуются в первую очередь в двигательно-волевой сфере и в сфере мышления. Это расстройства влечений; амбивалентность, амбитентность. Фактически в статусе больного сейчас мы видим гебефреническую симптоматику. Вопрос в том, когда это все появилось. Видимо, достаточно давно и именно это создает ложное впечатление об олигофреноподобном дефекте. Хотя, на мой взгляд, здесь можно говорить о приступообразно-прогредиентной шизофрении с гебефреническими кататоническими включениями.

— *Какие кататонические включения?* — Они должны были быть. Хотя бы по анамнезу можно все это предположить.

— *Как лечить больного?* — Это сложнее, так как больной уже попробовал все, и в больших дозах. Мне кажется, что здесь надо подбирать монотерапию.

А. В. Павличенко. В статусе главное — это расстройство внимания и чрезмерная отвлекаемость больного. Отвлекаемость походила на идею отношения: когда его спрашивали, он думал о чем-то своем, смотрел на пианино и думал о чем-то другом. Аффект неустойчив, изменчив на протяжении беседы. Гипоманиакальный, с элементами дурашливости поменялся на истощаемый, астенический, но не на апатический. Он быстро истощился. Если вначале мимика была довольно живая, то в конце беседы она стала немножко другой, он более кратко отвечал на вопросы. Это про-

являлось и в психологических тестах. Мышление конкретное, что особенно ярко больной продемонстрировал в толковании пословиц. Если говорить о статусе в целом, то он олигофренический в скобках, дементный. Органические расстройства имитируют процессуальные. Он сказал: “да”, потому что совсем о другом думал, просто смотрел на кого-то из аудитории. Также и продуктивные расстройства. Трудно сказать, есть ли у него псевдогаллюциноз. Он даже не может осознать, как он слышит “голоса”. Сейчас он скажет, что слышит ушами, через несколько минут скажет, что слышит внутри головы. В анамнезе тяжелые роды, асфиксия, тяжелая черепно-мозговая травма в два года, гиперкинетические расстройства поведения, которые привели к тому, что ему поставили диагноз: “Олигофrenия”. Умственный дефект был не столь глубокий, если он смог учиться во вспомогательной школе, справляясь с механической работой и как-то адаптировался. В двадцать два года был эпизод галлюциноза, который был спровоцирован экзогенией, наркозом и операцией. Клиника истинного галлюциноза в послеоперационном периоде хорошо описана. Галлюциноз быстро ушел на терапии. После этого были многочисленные колебания настроения, не циклотимического регистра. Как оценить эти аффективные колебания, как органические аффективные психозы после черепно-мозговой травмы или аффективные психозы в рамках энцефалопатии, психоорганического синдрома? Энцефалопатический вариант тоже допускает аффективные расстройства, расстройства влечений. Повторная экзогения способствовала тому, что на олигофреническую симптоматику легла органическая патопластика. Мне кажется, что он снижается по органическому типу. Не только потому, что у него была пресловутая вредность, но и потому, что у него была тяжелая медикаментозная терапия с высокими дозами нейролептиков. О таком патопластическом органическом фоне медикаментозной терапии тоже надо думать. У нас было несколько таких больных в отделении. Медикаментозные галлюцины могут исчезать после того как мы прекращаем терапию. То есть сама медикаментозная терапия может приводить к галлюцинозу. Очень интересно, что у него галлюциноз прекратился на диакарбе и небольшой дозе неулептила. Можно говорить, что это галлюциноз не шизофренический, а органический. Сегодняшний статус и анамнез говорят о диагнозе: “Олигофrenия в стадии дебильности с психотическими эпизодами и аффективными расстройствами”. Условно можно сказать, что это двойная органика. Ранняя органика, олигофrenия, соединившаяся с органикой, приобретенной в течение жизни. В этом случае медикаментозная терапия дала органические стигмы, которые замечает невролог. Есть и сосудистые расстройства. Окулист отметил в тридцать лет сосудистую ангиопатию. По поводу лечения. Неважно, оцениваем ли мы больного как органика или как

шизофреника, лечение должно быть симптоматическое. Аффективные расстройства надо лечить с учетом повышения порога судорожной активности. Галлюциноз нужно купировать препаратами с минимальным побочным экстрапирамидным действием.

А. Ю. Магалиф. Я хочу сказать, что больные, у которых можно увидеть эндогенный процесс и организму, всегда вызывают дискуссию. Все зависит от точки зрения врача, от трактовки тех или иных расстройств. Здесь все время говорилось об олигофрении, о дебильности. Я уже рассказывал как-то, что когда сдавал экзамен по психиатрии в институте и тогда еще не собирался становиться психиатром, у меня один из вопросов в билете был про олигофрению. Я довольно бодро рассказал, что такое идиотия, имбичильность, дошел до дебильности, и стал рассказывать, что дебилы успешно работают в мастерских. Преподаватель на меня грустно посмотрела и сказала: "Вы не очень хорошо знаете этот материал. Дебилы кафедрами заведуют". Это я надолго запомнил. Потом я встречался с многими дебилами, которые не только кафедрами заведовали.

Наш больной всегда во всех психиатрических аудиториях будет вызывать споры. Статус можно квалифицировать как слабоумие. Перед нами слабоумный человек. Какое это слабоумие: шизофреническое или органическое? Вспомните, как он вошел. Он вошел с застывшей нелепой улыбкой, сел свободно, всех осмотрел, не стеснялся. Очень отвлекаем. Я обратил на это внимание, как на очень важный симптом. Когда больной в остром состоянии отвлекается на каждую мелочь за счет острой дезорганизации мышления, то у него аффект недоумения, растерянность, часто вместе с диффузным чувственным бредом. А наш больной не растерян, он просто отвлекаем. Как у ребенка, все, что попадает в поле зрения, вызывает интерес и отвлекает от беседы. Вряд ли это желание скрыть от нас некие бредовые расстройства, что бывает при бредовой недоступности. Однако отрывочные идеи отношения, как осколки аффективно-бредовых образований, у него, возможно, имеются. Он согласился с тем, что больные говорят о нем, ругают его за спиной, а иногда хвалят. Частично ему сложно верить, т.к. аффективные расстройства у него все же есть. Они указываются при всех стационаризациях и подчеркивается их быстрая смена, вплоть до смешанного аффекта. В статусе имеются вербальные галлюцинации. Точно определить их локализацию сложно, но все же больной показывает рукой на висок, говорит, что слышит их внутри головы. По-видимому, галлюцинации имеют комментирующий и императивный характер, содержание их часто неприятно больному, поэтому он уклонился от ответа. Мы уже не раз обсуждали, что локализация галлюцинаций не является обязательным признаком истинных или псевдогаллюцинаций. Важны их отчужденность, феномен сделанности. Важно отметить также, что имеющиеся

у больного комментирующие галлюцинации более патогномоничны для шизофрении. Это же можно сказать и о сексуально окрашенных императивных галлюцинациях, которые постоянно присутствуют у больного во время обострений и сопровождаются извращенной сексуальной расторможенностью.

Здесь говорили о галлюцинозе. Галлюциноз или галлюцинации? Есть различие, и оно очень важно. Галлюцинации могут быть обильные, частые, а галлюциноз характеризуется массивностью, неотступностью, постоянством. Больные с галлюцинозом очень малокурабельны. Их не надо путать с носителями "голосов". Те постоянно галлюцинируют, но галлюцинации не особенно влияют на их поведение. А настоящие галлюцины очень резко меняют поведение больных. Поэтому мы часто видим галлюцинаторную парадемию у молодых людей. Большой с пышным хроническим парадемным бредом, а по возрасту он никак не соответствует бредовой парадемии. Оказывается, что все содержание парадемного бреда черпается из галлюцинаций. Таких больных довольно много. У нашего больного галлюциноза нет. Галлюцинации у него то появляются, то исчезают.

Теперь о сознании болезни у больного. Когда мы обращаемся к критике больного, то тем самым пытаемся определить, насколько он сохранен. Наш больной сразу соглашается с тем, что он психически болен. Свое поведение в дебюте болезни определяет как поведение "психа", а про галлюцинации сказал, что не будет об этом говорить, что это "страшная болезнь". Довольно странно от слабоумного органика услышать такое определение. Я согласен с тем, что у больного имеется полиморфизм статуса. Это не полиморфизм у приступообразно-прогредиентного больного в остром состоянии, в рамках законченного синдрома, например, аффективно-бредового. У нашего больного полиморфизм, фрагментарность, скорее ближе к большому синдрому при ядерной шизофрении.

Так какое же слабоумие у нашего больного: органическое или шизофреническое? Предположим органическое: читает детские книжки и не может о них рассказать, конкретно и суперпримитивно толкует пословицы, говорит о работе переплетчика, по детски отвлекаем, путается в простых вычислениях, хотя упрощенный вариант крепелиновского счета выполняет относительно успешно. Кстати, я согласен с тем, что он не очень истощился, а отказ продолжать беседу скорее не от истощения, а от пресыщения, что, как мы раньше слышали от наших психологов, свойственно скорее психопатам. Так, если это органическое слабоумие, то когда оно сформировалось? В детстве? Нет, тогда было некоторое снижение, обусловленное асфикссией в родах и травмой головы в 2 года. Но больше было неправильное поведение, характерное для ранней органики: гиперактивность, взрывчатость, реакции протеста. В то же время быстро адаптировался во всех детских коллективах, пел, рисовал, танцевал,

быстро научился читать и писать, хотя и учился во вспомогательной школе. Получал четверки по математике, пятерки по русскому языку и литературе, помогал товарищам в учебе. Хорошо окончил школу, мог учиться и дальше, но не разрешила мать (кстати, стоит обратить внимание на ее характер). Несколько лет нормально работал в типографии и не уборщиком, не грузчиком, а брошюровщиком. К 22 годам стал тихим, послушным, ничем особенно не выделялся. Когда же и какая органика могла сделать его таким слабоумным? Некоторые органические знаки отметил невропатолог: есть сосудистая ангиопатия на глазном дне, отрицательная динамика ЭЭГ, заинтересованность лобной и затылочной доли на МРТ, признаки некоторой гидроцефалии. Возможно, некоторые из этих расстройств были у него с детства. Но для такого органического статуса и психоза требуется неуклонное нарастание некоего органического процесса, который якобы протекает с 22 лет, т.е., уже 8 лет. Что это может быть за процесс, не ясно.

С другой стороны, заболевание началось исподволь, после повторных психических травм в возрасте 21 года. Стал вялый, апатичный. Через неделю после наркоза, видимо, появились вербальные галлюцинации, а через месяц возникло галлюцинаторное возбуждение. С этого времени заболевание протекало достаточно однообразно с короткими терапевтическими ремиссиями. Кроме галлюцинаций, которые так и не получили бредовой трактовки, на первый план выступили частые расстройства настроения либо в виде апатии, либо в виде нелепого возбуждения с извращенной сексуальной расторможенностью. В это время больной был похоже на гебефреника. Фактически нарастал грубый дефект, который вбирал в себя и органическую, и процессуальную симптоматику. В настоящее время, если бы мы не знали о наличии у него органики, то могли бы поставить ему процессуальное дефектное состояние, близкое к конечному. Я склоняюсь именно в пользу такого диагноза: "неблагоприятно текущая недифференцированная шизофрения, сочетающаяся с выраженным резидуальным поражением ЦНС сложного генеза". Подобную клиническую картину можно наблюдать у больных с рано начавшейся ядерной шизофренией. К

15 – 16 годам бывает трудно сразу сказать, кто перед тобой: слабоумный диспластичный органик или дефектный шизофреник, где резидуальные кататонические расстройства сродни органическим. По поводу терапии. В целом, симптоматическая терапия давала кратковременные ремиссии, но якобы из-за побочных экстрапирамидных расстройств больной ее прекращал. Надо отметить, что несмотря на высокие дозы препаратов, побочные расстройства у него сейчас и ранее в стационаре не были очень выражены. Вначале терапии был, видимо, пароксизмальный экстрапирамидный синдром в виде окулогирного криза, затем наблюдались экстрапирамидно-психотические обострения (по И. Я. Гуровичу), когда побочные расстройства нейролептиков усиливали продукцию (галлюцинации).

Что в настоящее время у больного из побочных расстройств? Пожалуй, только трепор пальцев рук. Мышечный тонус повышен незначительно. Симптома "зубчатого колеса", характерного для экстрапирамидных расстройств, я у больного не выявил. Походка у него не паркинсоническая. Трудно сказать, существуют ли у него такие, характерные для экстрапирамидных расстройств симптомы, как акатизия или тасикинезия. Напомню, что акатизия — это стремление все время менять положение тела: больные крутятся в постели, не могут найти удобное положение, а тасикинезия — это то, что заставляет больного все время ходить, передвигаться. У больных, которые лечатся постоянно в острых отделениях нейролептиками, так или иначе, присутствуют эти расстройства.

Как лечить его дальше? В целом так, как и лечили, но чаще использовать дегидратацию, витаминотерапию, антиоксиданты. Перед выпиской рекомендуется назначать нейролептики-пролонги. Теперь попросим доктора Гребнева сообщить нам о диагнозах профессоров, которые консультировали нашего больного.

Врач-докладчик. Больной был консультирован профессором С. Ю. Циркиным. Диагноз: "Гебефренная шизофрения. Течение эпизодическое с нарастающим дефектом". Еще больного смотрел зав. кафедрой психиатрии профессор А. М. Резник. Диагноз: "Органическое шизофрено-подобное расстройство. Деменция в связи со смешанными заболеваниями".

Седьмой семинар по стоимости и оценкам в психиатрии
**ФИНАНСИРОВАНИЕ ЛЕЧЕНИЯ
ПСИХИЧЕСКИХ И СОПУТСТВУЮЩИХ РАССТРОЙСТВ**
18 – 20 марта 2005 г., Венеция
Факс: +39-02-58106901;
Journal@icmpe.org

Autopersonamnesia. Новый психопатологический феномен? Независимое сравнительное исследование

В. Г. Остроглазов

Часть 1

“В гистологии требуется, чтобы при исследовании мозговых полушарий был дан отчет о каждом волоконце и о каждом ядрышке. Совершенно аналогичны и требования феноменологии: необходимо давать отчет о каждом психическом феномене, о каждом переживании, которое обнаруживается при исследовании больных и в их самоописаниях. Ни в коем случае нельзя довольствоваться общим впечатлением и некоторыми специально отобранными деталями, но необходимо о каждой подробности знать, каким образом ее осмыслить и как ее оценивать.

Поступая определенное время таким образом, исследователь, с одной стороны, будет меньше удивляться тому, что часто видит, в то время как другой, который обращает внимание только на общее впечатление, не может осознать и в соответствии с имеющейся склонностью своей способности к впечатлениям находит всегда удивительным и никогда еще не виденным; а, с другой стороны, будет обращать внимание на то, что действительно является неизвестным и повергает в обоснованное изумление. Нет никакой опасности, что это изумление прекратится.”

Карл Ясперс

Одной из психиатрических загадок последнего десятилетия стало появление молодых людей, полностью забывших собственную личность и свое прошлое, но здраво рассуждающих и психически сохранных во всех других отношениях. Вот типичный пример. Молодой человек без документов, удостоверяющих личность, вдруг потерявший память о себе и при том совсем неглупый и трезвый, обращается в милиционский участок со странным вопросом: “Скажите мне, кто я?”. Его как “неизвестного” госпитализируют в соматическую больницу или институт скорой помощи с подозрением на черепно-мозговую травму или отравление неизвестными препаратами, а после исключения этих предположений переводят в психиатрическую клинику с диагнозом ретроградной амнезии неясного генеза.

Столкнувшись с такими наблюдениями впервые за 37 лет работы в психиатрии, автор решил провести собственное, независимое исследование и убедился, что и для психиатров причина амнезии остается неясной, и таким “неизвестным” подбирается заключительный диагноз из круга кататимных, психогенных, диссоциативных амнезий. Такая картина установлена мной в московской психиатрической клинике № 7, обладающей наибольшим психиатрическим опытом в

этой области. Именно в эту больницу госпитализируются подобные пациенты, выявленные в Москве.¹

По сведениям дежурных психиатров этой клиники, такие пациенты появились лишь в последнее десятилетие, и теперь их накопилось много десятков. Здесь с ними работают психиатры и психологи, некоторых пациентов консультирует проф. З. И. Кикелидзе из государственно Центра социальной и судебной психиатрии им. Сербского, специально изучающий данную проблему.

Одни “неизвестные” в процессе лечения вспоминают себя, другие — со стойкой амнезией — демонстрируются в популярной телепередаче “Жди меня” с целью опознания. После выписки пациенты отправляются домой. Их адреса включают территорию всего бывшего СССР. Дальнейшая их судьба и катамнез чаще всего неизвестны.

Специальные научные клинические работы на эту тему автору неизвестны. На основании опубликованных в последние годы интервью с ведущими учеными психиатрами Москвы, в том числе с проф. З. И. Кикелидзе из Центра социальной и судебной психиатрии им. В. П. Сербского, средства массовой информации излагают о загадке “неизвестных” несколько гипотез, включающих фантастические: экзогенно-органиче-

¹ Автор выражает признательность главному врачу Эдуарду Евгеньевичу Федину и сотрудникам этой клиники за помощь и поддержку в этой работе.

ское поражение головного мозга, отравление неизвестными нейротропными препаратами, эксперименты спецслужб или "инопланетян" по стиранию информации из человеческого мозга. По словам проф. Кикелидзе Научный центр им. Сербского ведет исследование этой проблемы. В его стенах сосредоточено около двух десятков подобных "неизвестных". Часть их была переведена в этот Центр из Московской психиатрической клиники № 7.

В обширном семействе разного рода "амнезий" автор не нашел термина, обозначающего утрату памяти о собственной личности. Не случайно в формулируемых заключительных диагнозах в большинстве историй болезни — "амнезия неясной этиологии", "ретроградная амнезия", "диссоциативная амнезия" и т.п. — нет указаний на ведущий психопатологический феномен. Поэтому автором предложен новый термин для его обозначения — **аутоперсонамнезия**. Это понятие необходимо, чтобы определить содержание феномена как предмета исследования.

Цель исследования — установить психопатологическую структуру данного феномена, его синдромальную и нозологическую принадлежность. В задачи исследования входит поиск ответов на вопросы:

- является ли аутоперсонамнезия новым феноменом в истории психиатрии?
- являются ли страдающие аутоперсонамнезией психически больными?
- с чем связана нарастающая в последние годы частота этих загадочных явлений, подхваченных СМИ в качестве сенсации и обрастающих мифами наподобие НЛО?
- почему среди "неизвестных" нет женщин?

С этой целью проведено независимое сравнительное исследование трех наблюдений "неизвестных", госпитализированных в 2003 – 2004 годы в разные психиатрические клиники. Предметом исследования служила аутоперсонамнезия как психопатологический феномен. При этом случаи симуляции потери памяти о собственной личности, как относящиеся не к психопатологии, а к широкой области человеческого притворства, в данную работу не включались.

Наблюдение № 1. Неизвестный Р.

Госпитализирован в Московскую областную психиатрическую больницу (МОПБ № 5) 30.07.2003 г. как "неизвестный" мужчина лет 25 переводом из Центральной городской больницы г. Пушкина (ЦГБ) с диагнозом направления: "амнезия неясной этиологии".

По объективным данным истории болезни из МОПБ № 5.

Из истории болезни Пушкинской ЦГБ: доставлен из отделения милиции 28.07.2003 г. как неизвестный врачом скорой медицинской помощи (СМП) с диагнозом — черепно-мозговая травма с последующей амнезией. "Со слов неизвестного, помнит только последние пять дней своей жизни; как его зовут, и от-

куда родом, не помнит. Однако ориентируется в бытовых условиях, читает газеты". Клинические и праклинические исследования всех органов и систем, в том числе рентгенограмма черепа, клинические анализы крови, мочи, патологии не выявили. Осмотрен психиатром, и с диагнозом "амнезия неясной этиологии" был переведен в МОПБ № 5.

В приемном покое МОПБ был осмотрен дежурным психиатром д.м.н. К. Из анамнеза: со слов пациента, не помнит, как очутился на железнодорожной платформе "Яузу", не мог вспомнить, кто он, и откуда. Пять дней бродил по Москве, подрабатывал, где мог. Обратился за помощью в отделение милиции и был доставлен в больницу.

Психическое состояние. Жалоб на здоровье нет. Внешне опрятен. В беседе тревожен, так как не может понять, кто он и откуда, и что с ним произошло. Внимание, мышление не нарушены. Постоянно задает себе вопрос: "Что делать дальше, ведь я ничего не могу вспомнить?". На вопрос, что он умеет делать, ответил, что умеет хорошо готовить, варить суп. Острых психотических расстройств не выявляется.

Жалуется, что забыл о себе все, что помнит о себе только последние пять дней, после того, как очутился на железнодорожной станции "Яузу". Тут-то он и обнаружил, что не помнит себя, кто он, откуда? Но последующие пять суток помнит все, что с ним произошло, что и описал по просьбе врача:²

"Я очнулся на платформе "Яузу". Прикуривал сигарету "ява". Не было ни документов, ни денег. Постоял немного, пошел в город. Ходил долго, точно не помню, но не меньше двух часов. Когда видел какую-то вещь или что-то, понимал, что это такое. Сел в метро, ездил по городу, глядел. Пытался понять, что это и где я? Глядел газеты на лотках и в киосках. Потом вышел в Северном Медведкове. Там какой-то рынок, магазины. Пошел вдоль дороги когда стемнело, сел на лавку. Задремал. Кончились сигареты. Хотелось есть. Взять негде. Потерпел. Когда расцвел, пошел дальше. Вышел к станции "Лосиноостровская". У кого-то детка спросил, где я. Он поглядел на меня как на алкаша и объяснил. Начали болеть ноги, хотел пить. Думаю, ладно, что-нибудь найду. Дошел до станции "Лось", пошел в город. Свернул там. Вышел на МКАД. Там текла речка. Сидел около не долго. Снял ботинки. Начал стирать носки... Вода очень плохая. Нет курит Просто сел и задремал. Проснулся, хотя лучше писать очнулся, было темно.

Нашел много коробок лег спать. Проснулся когда светло было. Пошел вдоль речки. Прошел под мостом. Вижу какой-то рынок. Я потом прочитал, что мытищинская ярмарка. Первый день, что я там был, я подработал так себе, рублей семьдесят. На еду хва-

² Текст приводится по рукописи без исправлений.

тило. На следующий день подошел там, где лимонады грузят. Заработал 100 рублей и обед за тридцать рублей. Купил газеты. Хотел что-то вспомнить. Почти отгадал кроссворд. Ночевал на лавке. Подрался с малолетками. Мне повезло их было мало, да и трусливы они. Второй день отработал. Получил тоже также. Ночевал уже около речки. Там еще церковь стоит и памятник царю. У меня были сигареты и еда. Потом на следующий день не доработал, так как разговорился с грузчиком с соседнего склада. Он ехал домой. Мы выпили с ним немного. Он посоветовал пойти в отделение милиции что я на следующий день и сделал".

В соматическом и неврологическом статусе патологии не выявлено. Диагноз при поступлении: **когнитивное расстройство в виде нарушений памяти?** Рекомендовано обследование.

2-е сутки.

Вспомнил себя, когда вдруг кого-то из больных громко позвали: "Саша!". Машинально откликнулся на свое имя, и вспомнил о себе все: что он — Р. А. В., 27 лет, 12.09.1976 года рождения, из г. Мурома Владимирской области; неделю назад в очередной раз приехал в Москву на заработки, был чем-то опоен и ограблен ворами на Курском вокзале. Отвечая на вопросы, сообщил, что был демобилизован из армии после лечения в психиатрической больнице им. Кербикова.

Осмотр д-ром мед. наук В. Г. Остроглазовым:

Диагноз — давний малопрогredientный шизофренический процесс. Транзиторный приступ бредовой деперсонализации (бред утраты собственного сознания "Я"). Критический выход из психоза сегодня днем.

Анамнез (со слов пациента, а также по объективным данным сопроводительного листа врача СМП, выписок из истории болезни Пушкинской ЦГБ, истории болезни МГПБ № 2 им. Кербикова). Наличие психически больных в роду не установлено. Родился от первой беременности в асфиксии. Родился ослабленным. Часто болел простудными заболеваниями. Перенес ряд детских инфекций без осложнений. Был тихим, послушным. Отличался необщительностью. Друзей не имел. Семи лет пошел в школу. Учился удовлетворительно. Окончил 11 классов и ПТУ, получил диплом сборщика радиоаппаратуры. Из-за отсутствия работы по специальности работал стрелком-охранником.

С детских лет и до настоящего времени страдает приступообразными головными болями, которые усиливались при эмоциональном и физическом напряжении, а также при перемене погоды. Это были ощущения будто внутреннего давления и перемещения в мозгу. Порой чувствовал, как шевелятся мозговые сосуды, и боялся кровоизлияния в мозг. Эти приступообразные ощущения длились от нескольких

часов до нескольких дней и сопровождались понижением настроения с безразличием и апатией.

18-ти лет (с декабря 1994 г.) призван в армию. Не смог адаптироваться. Плохо справлялся со служебными обязанностями и физическими нагрузками. Тосковал по дому. Усилились вышеописанные тягостные ощущения в голове. Быстро уставал. Постоянно подвергался оскорблению, унижениям. Постепенно снижалось настроение. Часто уединялся. Плакал. Высказывал суицидальные намерения. Самовольно покидал расположение военной части.

В медицинской и служебной характеристиках: "нуждается в постоянном контроле. Задания выполняет несвоевременно, безграмотно. Необщителен. Замкнут. Постоянно ходит грустным. Тоскует по дому. Самовольно покидает расположение части".

После очередного конфликта на 6-м месяце службы избил одного из своих обидчиков и покинул пределы военной части. Пришел пешком из г. Химки в Москву. Там явился в милицию и был возвращен в часть. Обратился в медчасть с жалобами на головные боли и бессонницу. Был осмотрен психиатром Окружного военного клинического госпиталя и с диагнозом "расстройство личности шизоидного типа. Аутистическая личность. 301.2." направлен в Московскую городскую психиатрическую больницу № 2 им. Кербикова.

По данным выписки из этой больницы: находился там с 20.04.1995 г. по 23.05.1995 г. В соматическом и неврологическом статусах: астенического телосложения. Пониженного питания. В остальном — без патологических особенностей. Однако, невропатолог, ссылаясь на асфиксию в родах, сделал заключение о "последствиях органического поражения головного мозга с наличием астенических проявлений".

Психический статус. Охотно вступает в беседу. Ищет сочувствия. Жалуется на трудности военной службы. Объясняет это своей неподготовленностью и особенностями характера, а именно тем, что ему свойственно и хочется побывать одному, раздражает шум, люди, а возможности нет. Вялый, поникший, подавленный, настроение пониженное. Интеллект невысок. Суждения инфантильные. Эмоционально тускл, маловыразителен. Незрел. Плаксив. В отделении обособлен. Одинок. Держится в стороне. Жалуется на периодические головные боли, тревожный сон, пониженное настроение, тоску по дому, утомляемость.

Медикаментозное лечение и психокоррекция (транквилизаторы, ноотропы, общеукрепляющее лечение) — без существенного эффекта. Сохраняется эмоциональная лабильность, неустойчивое настроение, астенические расстройства, крайне негативное отношение к продолжению службы.

Освидетельствован военной врачебной комиссией и с диагнозом "последствия раннего органического поражения головного мозга с эмоционально-волевой

неустойчивостью и явлениями церебрастении” признан негодным к военной службе в мирное время. Отправлен домой с сопровождающим.

Дома за 7 лет сменил несколько мест работы — работал сторожем, слесарем, пескоструйщиком. Но постоянного заработка не имел. Поэтому 21 июля 2003 г. прибыл в Москву на заработки. Ночью был остановлен разбойниками, “которые помазали под носом какой-то жидкостью с запахом бензина”. И сразу сознание помутилось. При этом он смутно чувствовал, как роются в его карманах, однако, не мог помешать этому, так как был “почти парализован”. А когда пришел в себя, то обнаружил, что не помнит никаких собственных личностных и паспортных данных — ни имени, ни возраста, кто он, откуда? — ничего не мог вспомнить, как ни старался. Как и рассказывал ранее, пять дней скитался по Москве, затем обратился в милицию и был госпитализирован в Пушкинскую ЦГБ, откуда переведен в МОПБ № 5.

Психический динамический статус.

При поступлении жалоб на здоровье нет. Внешне опрятен. В беседе тревожен, так как не может понять, кто он и откуда, и что с ним произошло. Внимание и мышление не изменены. Постоянно задает себе вопросы: “Что делать дальше, ведь я ничего не могу вспомнить?”. На вопрос, что он умеет делать, отвечает, что умеет варить суп, готовить. Острых психотических расстройств не выявляется. По просьбе дежурного психиатра пишет самоотчет о происшедшем с ним (см. выше).

За время наблюдения у больного полностью восстановилась память на отдаленные и текущие события. Охотно и живо рассказывает о своих приключениях. Интеллектуальные возможности соответствуют полученному образованию и жизненному опыту. Мышление в достаточном темпе, по логическому типу. Внешне спокоен, упорядочен. Фон настроения ровный, эмоционально адекватен. Бреда, галлюцинаций выявить не удается. Наличие чувственных обманов не выявляет. Сосредоточен на проблемах, связанных с восстановлением паспорта. Пребыванием в больнице не тяготится.

18-е сутки.

Экспериментально-психологическое исследование. Предварительный диагноз: **амнезия неясной этиологии.**

Использованные методики: 10 слов, пиктограмма, классификация, куб Линка, пословицы и метафоры, простые аналогии, сравнение понятий; общая осведомленность; незаконченные предложения, методика Дембо-Рубинштейн.

Больной охотно вступает в беседу. Подробно отвечает на заданные вопросы. Жалоб на память, внимание, работоспособность не предъявляет. Считает себя здоровым человеком. Интересуется мнением психолога, что с ним могло случиться, чем его могли отравить так, что была временная потеря памяти. Систе-

матическую алкоголизацию отрицает. К исследованию относится положительно. Охотно и старательно выполняет предложенные задания. Понимание инструкций доступно после первого предъявления. Общий темп психической деятельности достаточно высокий. Активное внимание устойчивое, признаков утомляемости не наблюдается.

Механическая и ассоциативная память не снижены, в пределах нормы. Кривая запоминания 10 слов: 8-8-9-9-9. Отсроченное воспроизведение — 9 слов. Опосредование доступно. Ассоциативные образы конкретны, психологически адекватны заданным понятиям, эмоционально окрашены. Из 12 предложенных понятий через час 11 воспроизводит точно. В познавательной деятельности выявляется доступность основных интеллектуальных операций на уровне, в целом, соответствующем полученному образованию. Доступны обобщения, вплоть до сложных уровней, устанавливает логические отношения между понятиями, понимает переносный смысл предложенных метафор и пословиц. Наиболее сложные пословицы трактует с привлечением конкретных примеров из жизни. Мыслительные процессы протекают достаточно целенаправленно. Выраженных нарушений динамики мышления в данном исследовании не обнаруживается.

В личностной сфере по результатам тестирования можно предположить активность позиции, стремление к самостоятельности, избирательность в контактах, потребность в сберегании своей социальной позиции от посягательств и способность ее защитить, повышенное чувство собственного достоинства, потребность в самоуважении.

Заключение. Настоящее исследование выявило достаточный уровень мnestических функций и доступность основных интеллектуальных операций на уровне, в целом, соответствующем полученному образованию, достаточные темп психической деятельности и концентрацию активного внимания у личности с активной позицией, стремлением к самостоятельности, избирательностью в контактах, повышенным чувством собственного достоинства, потребностью в самоуважении. (Психолог Б.)

Соматическое состояние: кожа и видимые слизистые чистые. На левом предплечье — татуировка в виде дракона. По внутренним органам — без патологии. АД — 120/80 мм рт. ст. Пульс — 80 в мин., ритмичный. Физиологические отправления в норме.

Осмотр окулистом: глазное дно — диски зрительных нервов бледно-розового цвета, границы четкие. Артерии и вены нормального калибра. Патологии нет.

ЭЭГ 06.08.2003 г. Заключение: умеренная дезинтеграция корковой ритмики неясного генеза.

Осмотр невропатологом: черепно-мозговая иннервация не нарушена. Зрачки равновеликие. Прямые и содружественные фотореакции — живые. Сухожи-

льные и периостальные рефлексы равномерные, симметричные. Походка устойчивая. Парезов, параличей, менингиальных знаков нет. Заключение — симптомов поражения нервной системы нет.

19-е сутки.

Осмотр доктором медицинских наук, профессором М.:

В данной истории болезни, в психическом статусе, включая беседу при настоящем осмотре, нет каких-либо данных за диагноз шизофрении. Речь идет об установочном поведении, близком к симуляции. Можно предполагать наличие скрытых мотивов, связанных с вероятным уголовным делом.

20-е сутки.

Клинико-экспертная комиссия с заместителем главного врача В.:

Жалоб нет. Полностью ориентирован. Беседует охотно, выявляя при этом сохранную механическую и ассоциативную память, высокий темп психической деятельности, отсутствие признаков утомляемости, устойчивость активного внимания. Интеллектуальные возможности соответствуют уровню полученного образования. Эмоционально адекватен. Общается избирательно. Вежлив, внешне спокоен. Мышление по логическому типу. Активно включается в трудовые процессы по самообслуживанию внутри отделения. Ночной сон достаточен. Строит реальные планы на будущее.

Учитывая анамnestические сведения, указывающие на пери-постнатальную вредность, указание в выписке из истории болезни из больницы им. Кербикова на церебрастенические проявления, эмоциональную лабильность, а также в последующем явления деперсонализации, возникшие в результате острой реакции на стресс, продолжавшиеся около недели и купировавшиеся одномоментно и полностью, а также данные клинического наблюдения и обследования, установлен диагноз: **острая реакция на стресс с частичной диссоциативной амнезией у больного с последствиями раннего органического поражения головного мозга.**

Убедительных данных за эндогенный процесс в процессе наблюдения не выявлено. Явление деперсонализации, которое было ведущим синдромом, послужившим поводом для госпитализации в ПБ, не является сугубо патогномоничным для шизофрении. Отсутствие какой-либо продуктивной или негативной симптоматики, аффективных расстройств, а также оценка психического состояния ретроспективно, не позволяет думать в настоящее время о шизофреническом процессе".

23-и сутки. Выписан самостоятельно с вышеуказанным диагнозом. Шифр по МКБ-10-ВОЗ: F 44.0.

Независимое исследование, выполненное автором

Дополнение к психическому статусу.

В день прояснения памяти о самом себе вспомнил и все события своей жизни, предшествовавшие его отравлению. Подробно рассказывает свою биографию. Подчеркивает, что его память на события, текущие после стресса, не пострадала: он замечал и хорошо запоминал все, что происходило после отравления и ограбления. Но все, что с ним было до отравления, было недоступно его памяти.

На вопрос о том периоде времени, когда он забыл о себе все, даже имя свое, — помнил ли он в это время, что “он это он”, точнее сказать, что “Я это Я?”, — отвечает, что он определенно помнил и знал: что “Я это Я”, но только забыл паспортные данные этого своего Я, то есть, фамилию, имя, отчество, возраст, место жительства, историю своей жизни. Подробно излагает переживания этого периода, которые представил так же в виде самоописания.³

“31.07.2003 года. Я все время искал себя, но все время знал, что я это я. Знаете, доктор, когда себя потеряешь, не помнишь имя свое, возраст, не знаешь, где твой дом и родители, не знаешь, где ты сам и что делать дальше, это не ужас, это очень большое непонимание и страх отступиться, зделать что-то не так, (например, украсть или сходить в уборную на виду у всех).

Ты идеш по городу, а люди вокруг тебя спешат, едут, выгуливают собак, покупают хлеб. В общем живут своей жизнью. Им нет до тебя ни кого дела. Они знают куда идут, а ты куда идешь, ничего нет, не понимаешь, зачем и куда?

Ты идеш неизвестно куда и хочешь есть. Твои ноги стираются и тебе начинает казаться, что они сотрутся вовсе, так как не знаешь, когда кончится твой путь и ноги отдохнут. Ты идеш видишь вещи и постепенно понимаешь, зачем они нужны. Например, щиты рекламы. Что это такое? Читаешь газеты, лежащие на лотках, узнаешь числа, события, даты, но не можешь вспомнить ни своего имени, ни своего дома. Начинаешь чувствовать подвешено-непонятно. Кто ты? И для чего вообще едеш? Ты себе нужен, но почему ты здесь? Молился Богу, чтобы вспомнить себя. Ты хочешь есть все больше, но времени не замечаешь, так как у тебя нет часов. Видишь только утро после сна и вечер когда темнеет. Тебе становится жарко и хочется пить. Голод постепенно притупляется. Если ты куришь, то сигареты немного спасают. Остается непонятность и образуется пустота в душе. Знаете что такое пустота? Нет, ни когда теряешь близкого человека, любимую работу и родной дом. А здесь — еще хуже, так как потерял все

³ Текст самоописания приводится по рукописи без исправлений.

— себя, память. Ведь когда ты все это теряешь остается память обо всем этом. Память о человеке.

Каким он был, что делал. Память о работе, друзьях и врагах. Память о доме. Хорошие это воспоминания или плохие, но это воспоминания, пустота которая образуется у вас в душе это. Понимаете это описание нельзя. Это надо пережить. Я просто слово найти не могу. Только в этой пустоте ты знаешь что ты это ты. Что тебе известен. Знаешь, что у тебя должны быть и имя, и дом, и день рождения. Ты начинаешь искать все это, стараешься уловить связь между собой, вещами и событиями. Все это происходит на улице. Тебе хочется есть и пить, кончается курево. Ты понимаешь, что чтобы получить еду, нужно работать, ты работаешь, таскаешь грузы или катишь тележку, но при этом у тебя работает мозг. Он узнает некоторые звуки, слова, песни, которые играют по радио. Ты все это слушаешь и у тебя всплывают образы бессвязны и странны. Они скользкие и постоянно ускользают. Эти образы похожи на пузырьки в перегазированной воде. Ускользают и не складываются в общий смысл. Постепенно они начинают раздражать и ты думаешь: “да плевать я на все это хотел. Может мне просто дали шанс все сначала начать? Бог или Высший разум? Зачем вспоминать прошлое? Может там и нет ничего хорошего?” Ты перестаешь думать обо всем и просто живешь. Опять образуется пустота. Но она не та, что была прежде. Тебя тянет узнать, что за ней, привыкается страх: “А вдруг там такое, что не дай Бог”. Знаете, доктор, если не дать сойти себе с ума, а с ума сойти в самом деле можно только от той же непонятности и не бросить довить свое я где-то в большей пустоте, то рано или поздно все вернется в тебе. Страх сойти с ума то есть навсегда потерять себя, стараешься надеясь вспомнить, а сомнения все равно есть.

Память возвращается постепенно, нужно только информация и желание. Постепенно информации накапливается предстательно. Получается что-то вроде детской мозаики. Знаете, есть такие мозаики. Чтобы собрать ее всю, тебе нужен ключ. Ключом может быть что угодно, слово, музыка или образ. А может быть и все сразу. Я помнил реку Оку и железодорожный мост над ней. Пока лежал в Пушкино, там была девчонка из Нижнего Новгорода. Когда она об этом сказала, я почему-то вспомнил святое озеро. Есть там такое озеро. Мы туда ездили купаться. Там довольно хорошее. Мне постоянно снился кот. Большой пушистый и ленивый кот живет у нас дома. По телевизору показывали освящение храма Серафима Саровского и Девеевский монастырь. Мне еще почему-то покоя сосны не давали. Просто у нас в поселке есть один мужик, Сергей Соснин. Вот он ездил и в этот храм в этот монастырь. Много о нем трепался. Когда я увидел спинку кровати, то я вспомнил памятник на въезде в город и на нем надпись Муром.

Ладно, доктор. Вам наверное не это знать надо, а что-то другое. Просто когда я записал на бумажке все что вспомнил, отложил знакомые звуки и стал вспоминать откуда я это все знаю и помню, то потребовалось только комуто назвать мое имя, рука сама его вывела и пришла память. Знаете, я с начала заплакал. Полторы недели не знать кто ты и что ты, не знать своего дома и родителей а потом вспомнить все это, это что-то. Потом пришел стыд. Стыд за то что я потерял паспорт. Пускай не потерял, пускай отобрали. Всегда стыдно. Мне бы надо было сидеть среди людей а я полез за какой-то булкой и чашкой кофе на улицу, словно не мог все это купить внутри вокзала. Вот и встретили меня бандиты, которые помазали под носом какой-то жидкостью с запахом бензина. Сознание помутилось, чувствовал как роются в карманах но был почти парализован. Стыд за то что потратил так много времени впустую хотя мог нормально работать на какой-нибудь стройке. Понимаете у меня уже так было. Нет не потеря памяти, а потеря документов. Поэтому мне и стыдно. Очень стыдно.

А то, что вы спросили вначале про ужас, этого как ни странно не было. Было непонимание и подвешено-непонятное состояние.

31.07.2003. Р."

В последующем настроение ровное. Общается с соседями по палате. Включается в трудовые процессы. Охотно вступает в беседу с врачом, рассказывает о своих несчастьях, приведших к пережитой потере памяти и связанных с этим переживаниях. Перенесенную им временную утрату памяти о себе рассматривает как результат отравления, а не психического расстройства. Себя психически больным не считает. Пребыванием в психиатрической больнице существенно не тяготится, иногда просит о выписке, “чтобы скорей вернуться домой, восстановить документы и работать”.

Клинико-психопатологический анализ и обсуждение.

Перед нами — типичный случай психиатрической загадки последнего десятилетия: молодой человек, потерявший память о себе, просит: “Скажите мне, кто я?”. Характерен его социальный и медицинский маршрут: обращение в отделение милиции с этим вопросом — госпитализация в соматическую больницу с подозрением на ушиб головы или интоксикацию, и затем — после исключения соматической патологии — перевод в психиатрическую больницу.

Довольно типичен и ход психиатрической мысли, отраженный в сформулированных разными врачами и врачебной клинико-экспертной комиссией диагнозах:

- 1) ЧМТ с последующей амнезией;
- 2) амнезия неясной этиологии;
- 3) когнитивное расстройство в виде нарушений памяти?

4) установочное поведение с симуляцией амнезии, возможно связанное с вероятным уголовным делом;

5) выставленный автором со 2-ого дня (и отвергнутый коллегами) диагноз: давний малопрогредиентный шизофренический процесс. Транзиторный приступ бредовой деперсонализации (бред утраты собственного сознания Я);

6) заключительный диагноз КЭК: острая реакция на стресс с диссоциативной амнезией у больного с последствиями раннего органического поражения головного мозга.

Очевидно, что данное психическое состояние с амнезией врачами общей практики и скорой медицинской помощи трактуется как экзогенно-органическое расстройство вследствие ЧМТ. А после исключения соматической патологии вызывает недоумение у психиатров. Оно выражается в предположительной диагностике какой-то, неясной этиологии амнезии, и даже подозрении в симуляции психического расстройства. Является ли этот "неизвестный" психически больным? В то же время предложенный для обсуждения диагноз эндогенного психического заболевания отвергается как необоснованный и невероятный опытными психиатрами, в том числе двумя докторами медицинских наук, а также клинико-экспертной комиссией (КЭК). Следовательно, отвергается не случайно, а закономерно. Сходную диагностическую картину автор увидел и при изучении солидного архива историй болезни подобных "неизвестных" в Московской психиатрической больнице № 7.

Диагностическая мысль в отношении таких пациентов вращается в круге экзогенных расстройств, органических либо психогенных. Сам феномен — аутоперсонамнезия — отвергается как нереальный, симулируемый, либо не анализируется, а только комментируется, как загадочный, вызывающий фантастические гипотезы вроде экспериментов спецслужб.

Эти вопросы встали перед психиатрами и в приведенном наблюдении. Чтобы ответить на них, необходимо было провести клинико-психопатологическое исследование и анализ.

Психический статус на высоте психического расстройства определялся тотальной деперсонализацией с аутоперсонамнезией. Эта амнезия носила как бы остаточный, резидуальный характер, она возникла после конгратной амнезии вследствие экзогенного интоксикационного помрачения сознания. Но вместе с тем, у нее были следующие особенности: 1) ретроградный вектор, покрывающий всю историю личности; 2) локальный характер амнезии, касающейся только собственной личности и ее истории, но не затрагивающей приобретенных в жизни знаний и навыков, а также функций памяти и интеллекта в целом.

Деперсонализация была тесно спаяна с амнезией собственной личности и носила парадоксальный характер: он все время помнил, что потерял память о

себе. Она не затрагивала ядро Я и 4-х формальных признаков сознания Я по Ясперсу. Пациент все время знал, что "Я — это Я", что это Я принадлежит его уникальной личности, но все социальные составляющие его личность он "забыл". Чрезмерная рефлексия, напряженное самонаблюдение и самоконтроль дополняли картину деперсонализации.

Эта деперсонализация была тотальной и сопровождалась страхом сойти с ума, потерять себя навсегда, утратить самоконтроль и совершить преступный или непристойный поступок. Это была классическая картина маниофобии старых авторов, или диспихофобии по А. К. Ануфриеву.

Себя самого, свои чувства он не понимал; чувства и поступки других людей, и самые элементарные вещи вызывали непонимание, будто он видел все это в первый раз. Не было чувства понимания реальности, хода времени, а только переживание "полного непонимания, подвешено-непонятного состояния", полного отрыва от мира, одиночества и пустоты. Все это говорит об актуальной дереализации с отчуждением, Алекситимией и псевдодеменцией с оттенком жамевю.

С феноменологической точки зрения важно подчеркнуть недоступность для вчувствования этого психопатологического ядра, на что указывает сам пациент: "...пустота которая образуется у вас в душе это. Понимаете, это описать нельзя. Это надо пережить. Я просто слов найти не могу... непонимание и подвешено-непонятное состояние". Для попыток передачи пациентом непередаваемого характерно использование неологизмов и новых неизвестных словосочетаний.

Таким образом, это было не собственно амнезией с выпадением памяти о себе, с бредом утраты памяти о своей личности. Эта первичная невыводимая идея дополнялась колеблющимися вторичными бредовыми идеями сверхъестественного вмешательства "Бога или Высшего разума", дающего шанс начать все сначала, то есть новую жизнь". Но они не получили дальнейшего развития. Близко к этому бредовому комплексу лежит и фобия вспоминания "забытого", в котором возможно скрыто что-то пугающе-ужасное и непереносимое. Отсюда — амбитентное отношение к вспоминанию забытого: вспоминать или не вспоминать?

Наконец, следует отметить процессуальные симптомы в виде элементарного психического автоматизма Клерамбо. Сюда относятся неотступно-навязчивые воспоминания, автоматически всплывающие в сознании фрагменты прошлого, без какой бы то ни было связи с историей жизни личности, невольные ассоциации по звуку, или по корневой основе слов (сосны — Соснин), иллюзорные восприятия рисунка на спинке кровати как памятника городу "Муром", а также стереотипные сновидения с фрагментами из

прошлой домашней жизни (“Мне постоянно снился кот. Большой пушистый и ленивый кот”).

Эта цепь автоматизмов, стереотипных сновидений, случайных весьма далеких ассоциаций, чувственных иллюзорных восприятий, близких к парейдолям, по самоотчету больного представляла загадку “вроде перемешанной детской мозаики, к которой нужен был только ключ”. И таким ключом послужило случайно названное его имя “Саша!”. Сразу осознал себя, и первым чувством была “радость до слез”. И только потом — стыд, что позволил отобрать у себя паспорт.

Таким образом, скрытая за амнезией психотравма не носила шокового, непереносимого для личности характера. Ее осознание, как бы “воспоминание”, не привело к вторичной реакции горя, а лишь к умеренному переживанию чувства вины и стыда за повторную собственную оплошность, которые сами по себе психологически совершенно понятны. Кроме того, принятие этой реальности не привело к какому-либо реактивному психическому расстройству, но, напротив, — к построению адекватных реальных планов на выход из создавшейся ситуации. Поэтому, говорить в данном случае о патокинетической роли защитных психологических механизмов в формировании этой амнезии, то есть о так называемой кататимной амнезии или волевом забвении по Жанэ, не приходится. Можно думать лишь о патопластической роли стрессовых нервно-психических расстройств и включении психодинамических механизмов.

Этот психический статус в сочетании с мягким специфическим дефектом в виде эмоционально-волевой нивелировки с аутизмом и дискордантностью, а также некритичностью к перенесенному психическому расстройству свидетельствует об эндогенном, шизофреническом процессе.

Начало болезни относится к детскому возрасту. Возникшие в этом возрасте и рецидивирующие сенестопатии в голове, неврозоподобные расстройства, нарастающая с годами шизоидия (по объективным данным армейской медицинской характеристики, истории болезни из военного госпиталя и Московской ПБ № 2 им. Кербикова) также говорят о заболевании шизофренического спектра, которое лишь имитировало органическое поражение головного мозга. Поэтому диагноз психиатров окружного военного госпиталя (в 19 лет) — “расстройство личности шизоидного типа, аутистическая личность. 301.2.” стоит гораздо ближе к действительности, по сравнению с диагнозом ПБ им. Кербикова — “последствия раннего органического поражения головного мозга с эмоционально-волевой неустойчивостью и явлениями церебрастении”. Ведь органическое поражение головного мозга не приводит к нажитой шизоидии и аутизму.

Стереотип развития болезни и психический статус соответствуют рано начавшемуся, вяло протекающему

шизофреническому процессу, приведшему к мягкому специальному дефекту. Заболевание проявлялось неврозоподобными и психопатоподобными расстройствами, то есть ограничивалось непсихотическим уровнем поражения. Исключение составляли лишь два более глубоких эпизода, спровоцированных стрессовыми факторами. 1-й — реактивно спровоцированная витальная депрессия с суициальными тенденциями во время службы в армии. 2-й — настоящий, с аутоперсонамнезией — спровоцирован сочетанием стрессовых факторов — психореактивного и интоксикационного — вызвавшего помрачение сознания с конгратной амнезией.

Так называемые головные боли в детстве, отмеченные во всех упомянутых историях болезни, в действительности представляли собой типичные сенестопатии. Они выступали в чистом виде, либо в структуре стертой сенестопатической депрессии, но ошибочно расценивались как симптомы органического поражения головного мозга. Каких-либо признаков психоорганического синдрома не было ни в клинической картине, ни в неврологическом статусе, ни в данных экспериментально-психологического исследования (память, внимание в норме, признаков утомляемости не наблюдается, темп психической деятельности достаточный).

Напротив, в эвристическом плане следует предположить наличие обострения мnestических процессов с антероградной гипермнезией у пациентов с аутоперсонамнезией. Поэтому заключительный диагноз МОПБ — “острая реакция на стресс с частичной диссоциативной амнезией у больного с последствиями раннего органического поражения головного мозга” — неправомерен, так как противоречит клинической реальности. Так же нет оснований говорить о последствиях раннего органического поражения головного мозга как об органически неполноценной почве в понимании С. Г. Жислина.

В указанном заключительном диагнозе, как и в остальных 3-х диагнозах (трактующих это состояние как кататимную, психогенную или диссоциативную амнезию, либо как установочное поведение с симуляцией амнезии) само психопатологическое ядро — аутоперсонамнезия — не только не обсуждается, но, даже, не упоминается. Нет видения в анамнезе болезни и в психическом статусе давнего шизофренического процесса. Вместе с тем, указанную неверную диагностику не приходится трактовать как случайную, ибо в ней участвовали 6 опытных психиатров, в том числе 3 доктора медицинских наук, и клинико-экспертная комиссия опытных психиатров.

Аналогичную картину мы увидим и в следующих наблюдениях, которые будут представлены в ближайших номерах журнала.

Государственная защита экспертов, специалистов и других участников уголовного судопроизводства

Ю. Н. Аргунова

С 1 января 2005 г. вступает в силу Федеральный закон "О государственной защите потерпевших, свидетелей и иных участников уголовного судопроизводства" от 20 августа 2004 г. № 119-ФЗ.¹

Такой Федеральный закон принимается в России впервые, в то время как в других государствах ближнего зарубежья (Латвии, Казахстане, Белоруссии, Украине) аналогичные законы уже действуют.

До сих пор российское законодательство устанавливало возможность государственной защиты судей, сотрудников правоохранительных и контролирующих органов (а также членов их семей). Защита свидетелей осуществлялась в единичных случаях. В некоторых регионах России специальные отделения по защите свидетелей уже существуют в подразделениях по борьбе с организованной преступностью. Лишь в Москве и Башкортостане подобные отделы функционируют на протяжении нескольких лет.

По данным ВНИИ МВД России, ежегодно свидетелями преступлений выступают около 10 млн. человек, из них примерно четверть в ходе процесса меняют свои показания. Следственная и оперативная практика свидетельствует о том, что в 10 – 20 % случаев расследования и рассмотрения уголовных дел о тяжких и особо тяжких преступлениях на потерпевших и других участников процесса оказывается открытое либо скрытое противоправное воздействие. При этом лица, признанные потерпевшими, не желают сообщать о нем в правоохранительные органы. Такое нежелание высказали 73 % из 124 опрошенных потерпевших. Среди причин они указали на отсутствие уверенности в оказании им реальной помощи со стороны государственных органов и опасение мести со стороны виновных лиц. В итоге 60 % граждан, становящихся жертвами преступлений, не обращаются в правоохранительные органы.²

Психиатры, выступающие в качестве экспертов, специалистов, а иногда и свидетелей в уголовном процессе также относятся к "группе риска". От позиции экспертов в отношении вменяемости подэкспертного напрямую зависит исход дела: понесет ли лицо уголовную ответственность или будет освобождено от нее; будет ли отбывать наказание или направится в психиатрический стационар на принудительное лечение, а возможно даже ограничится пребыванием под наблюдением районного ПНД. Врачу-психиатру, психологу на любой стадии уголовного процесса могут быть высказаны угрозы, в т.ч. в адрес близких ему людей, применено насилие.

Ряд мер безопасности в отношении участников уголовного судопроизводства (и их близких) в случае наличия достаточных данных о том, что этим лицам угрожают убийством, причинением насилия, уничтожением или повреждением их имущества либо иными опасными противоправными действиями, предусмотрен УПК РФ (ст. 11, ч. 9 ст. 166, ч. 2 ст. 186, ч. 8 ст. 193, п. 4 ч. 2 ст. 241 и ч. 5 ст. 278). Однако указанные нормы не являются, безусловно, достаточными. Да и нацелены они на обеспечение безопасности в основном свидетелей и потерпевших. Нынешний закон следует рассматривать как позитивное стремление государства установить безопасные условия для всех участников уголовного судопроизводства, включая экспертов и специалистов.

Итак, государственной защите (далее ГЗ) в соответствии с новым Федеральным законом (далее Закон) подлежат:

- 1) потерпевший;
- 2) свидетель;
- 3) частный обвинитель;
- 4) подозреваемый, обвиняемый, подсудимый, их защитники и законные представители, осужденный, оправданный, а также лицо, в отношении которого уголовное дело либо уголовное преследование было прекращено;³

¹ Собрание законодательства РФ, 2004, № 34, ст. 3534 или Российская газета, 2004, 25 августа.

² Епихин А. Ю. Некоторые проблемы российского законодательства, обеспечивающего безопасность жертв преступлений как участников уголовного судопроизводства // Роль прокуратуры в обеспечении прав и законных интересов жертв преступлений. — М., 2004. С. 84.

³ Из текста данной нормы следует, что государственная защита не распространяется на лицо, совершившее запрещенное уголовным законом деяние в состоянии не-

- 5) эксперт, специалист, переводчик, понятой, а также участвующие в уголовном судопроизводстве педагог и психолог;
- 6) гражданский истец, гражданский ответчик;
- 7) законные представители, представители потерпевшего, гражданского истца, гражданского ответчика и частного обвинителя.

Меры ГЗ могут быть применены даже до возбуждения уголовного дела в отношении заявителя, очевидца или жертвы преступления либо иных лиц, способствующих предупреждению или раскрытию преступления.

ГЗ также подлежат установленные УПК РФ близкие родственники, родственники и близкие лица, противоправное посягательство на которых оказывается в целях воздействия на перечисленных выше лиц. К близким родственникам ст. 5 УПК РФ относит супругов, родителей, детей, усыновителей, родных братьев и сестер, дедушек, бабушек, внуков. Родственниками считаются все иные лица, состоящие в родстве. Близкие лица — это иные, за исключением близких родственников и родственников лица, состоящие в свойстве с потерпевшим, свидетелем,⁴ а также лица, жизнь, здоровье и благополучие которых дороги потерпевшему, свидетелю в силу сложившихся личных отношений.

ГЗ включает осуществление: 1) мер безопасности, направленных на защиту жизни, здоровья и (или) имущества участников уголовного судопроизводства, а также 2) мер социальной защиты указанных лиц в связи с их участием в уголовном судопроизводстве.

Органами, обеспечивающими ГЗ являются:

1) органы, принимающие решение об осуществлении ГЗ: суд (судья), прокурор, начальник органа дознания или следователь, в производстве которых на-

вменяемости либо лицо, если у него после совершения преступления наступило психическое расстройство, делающее невозможным назначение наказания или его исполнение, в отношении которых суд вынес постановление об освобождении от уголовной ответственности или от наказания и о применении к ним принудительных мер медицинского характера. Постановление о прекращении уголовного дела в таких случаях не выносится. Постановление о прекращении уголовного дела и об отказе в применении принудительных мер медицинского характера суд выносит лишь в том случае, если лицо не представляет опасности по своему психическому состоянию либо им совершено деяние небольшой тяжести (ст. 443 УПК РФ), а стало быть государственной защите подлежат лишь не опасные больные. Логика такого разделения не безупречна. Редакция п. 4 ч. 1 ст. 2 Закона нуждается, следовательно, в совершенствовании. Меры безопасности и социальной защиты могут потребоваться и участнику уголовного судопроизводства, направляемому как на амбулаторное, так и на стационарное принудительное наблюдение и лечение.

⁴ Хотя ст. 5 УПК РФ говорит лишь о близких лицах потерпевших и свидетелей, ГЗ по смыслу Закона распространяется и на близких всех других указанных выше лиц, в т.ч. экспертов и специалистов.

ходится заявление (сообщение) о преступлении либо уголовное дело,

2) органы, осуществляющие меры безопасности: органы внутренних дел, органы ФСБ, таможенные органы и органы по контролю за оборотом наркотических средств, а также иные государственные органы, на которые может быть возложено осуществление отдельных мер безопасности.

В отношении защищаемых лиц, содержащихся в СИЗО или находящихся в местах отбывания наказания, меры безопасности осуществляются также учреждениями и органами уголовно-исполнительной системы Минюста России.

3) органы, осуществляющие меры социальной защиты. Эти функции возлагаются на органы социальной защиты населения и иные органы.

ГЗ осуществляется в соответствии с принципами законности, уважения прав и свобод человека и гражданина, взаимной ответственности органов, обеспечивающих ГЗ, и защищаемых лиц. Она осуществляется под прокурорским надзором и ведомственным контролем. При осуществлении ГЗ используются гласные и негласные методы в соответствии с законодательством РФ. Применение мер безопасности, как указано в Законе, не должно ущемлять жилищные, трудовые, пенсионные и иные права защищаемых лиц. ГЗ осуществляется с соблюдением конфиденциальности сведений о защищаемом лице.

1. МЕРЫ БЕЗОПАСНОСТИ

В отношении защищаемого лица (т.е. лица, в отношении которого уже принято решение об осуществлении ГЗ) могут применяться одновременно несколько либо одна из следующих мер безопасности:

1) личная охрана, охрана жилища и имущества⁵. Последние могут быть оборудованы техническими средствами наблюдения, а также противопожарной и охранной сигнализацией,

2) выдача специальных средств индивидуальной защиты, связи и оповещения об опасности,

3) обеспечение конфиденциальности сведений о защищаемом лице.

По решению органа, осуществляющего меры безопасности, может быть наложен запрет на выдачу сведений о защищаемом лице из государственных и иных информационно-справочных фондов, а также могут быть изменены номера его телефонов и государственные регистрационные знаки используемых им или принадлежащих ему транспортных средств. В исключительных случаях, связанных с производством по другому уголовному либо гражданскому делу, сведения о защищаемом лице могут быть представле-

⁵ Порядок обеспечения этой и другими мерами безопасности в Законе не прописан. Он будет установлен нормативными правовыми актами Правительства РФ.

ны в органы предварительного расследования, прокурору или суд на основании письменного запроса прокурора или суда (судьи) с разрешения органа, принявшего решение об осуществлении ГЗ,

4) переселение на другое, временное или постоянное, место жительства.

При переселении на другое *постоянное* место жительства защищаемому лицу за счет средств федерального бюджета предоставляется жилище, возмещаются расходы, связанные с переездом, оказывается материальная помощь, гарантируется трудоустройство и оказывается содействие в подборе места работы (службы) или учебы, аналогичного прежнему.

При переселении на другое *временное* место жительства, ранее занимаемое защищаемым лицом жилище и гарантии трудоустройства на прежнее или аналогичное прежнему место работы (службы) или учебы сохраняются за ним в течение всего периода его отсутствия по указанной причине,

5) замена документов, удостоверяющих личность, иных документов защищаемого лица с изменением его фамилии, имени, отчества и других сведений о нем. Эта мера может быть осуществлена в исключительных случаях,

6) изменение внешности. Оно производится (как и замена документов и переселение на другое место жительства) только в случаях, если безопасность защищаемого лица не может быть обеспечена путем применения других мер безопасности,

7) изменение места работы (службы) или учебы.

Защищемому лицу в целях обеспечения его безопасности может быть оказано содействие в устройстве на другое, временное или постоянное, подходящее ему место работы (службы) или учебы,

8) временное помещение в безопасное место,

9) применение дополнительных мер безопасности в отношении защищаемого лица, содержащегося под стражей или находящегося в месте отбывания наказания (в виде ограничения свободы, ареста, лишения свободы либо содержания в дисциплинарной воинской части), в том числе перевод из одного места содержания под стражей или отбывания наказания в другое.

Безопасность указанного лица обеспечивается путем применения в отношении его не только перечисленных мер безопасности, предусмотренных п. 3, 5, 6, 8 и 9 ч. 1 ст. 6 Закона, но и иных мер, предусмотренных УИК РФ и ФЗ “О содержании под стражей подозреваемых и обвиняемых в совершении преступлений”.

В целях обеспечения безопасности такого лица могут применяться также:

– направление защищаемого лица и лица, от которого исходит угроза насилия, при их задержании, заключении под стражу и назначении уголовных наказаний в разные места содержания под стражей и отбывания наказаний, в том числе находящиеся в других субъектах РФ,

– перевод защищаемого лица или лица, от которого исходит угроза насилия, из одного места содержания под стражей и отбывания наказания в другое,

– раздельное содержание защищаемого лица и лица, от которого исходит угроза насилия,

– изменение защищемому лицу меры пресечения или меры наказания в порядке, предусмотренном УПК РФ.

Меры безопасности, предусмотренные п. 4 – 7 ч. 1 ст. 6 Закона, осуществляются только по уголовным делам о тяжких и особо тяжких преступлениях.⁶

Перечень мер безопасности не является исчерпывающим. При наличии оснований в отношении защищаемого лица могут применяться и другие меры безопасности, предусмотренные законодательством РФ. Данный Закон прямо не предусматривает, однако каких-либо специальных (дополнительных) мер безопасности в отношении подозреваемых, обвиняемых, подсудимых, направляемых в экспертное учреждение для производства, например СПЭ, а также в отношении экспертов-психиатров и экспертов-психологов этих учреждений.

Основаниями применения мер безопасности являются данные о наличии реальной угрозы убийства защищаемого лица, насилия над ним, уничтожения или повреждения его имущества в связи с участием в уголовном судопроизводстве, установленные органом, принимающим решение об осуществлении ГЗ (ч. 1 ст. 16 Закона).

Меры безопасности применяются на основании письменного заявления защищаемого лица с его согласия, выраженного в письменной форме, а в отношении несовершеннолетнего — на основании письменного заявления его родителей или лиц, их заменяющих, а также уполномоченных представителей органов опеки и попечительства (в случае отсутствия родителей или лиц, их заменяющих) или с их согласия, выраженного в письменной форме.

В случае, если применение мер безопасности затрагивает интересы совершенолетних членов семьи защищаемого лица и иных проживающих совместно с ним лиц, необходимо их согласие, выраженное в письменной форме, на применение мер безопасности.

Суд (судья), прокурор, начальник органа дознания или следователь, получив заявление (сообщение) об угрозе убийства лица, на которого распространяется действие данного Закона, насилия над ним, уничтожения или повреждения его имущества либо иного опасного противоправного действия, обязаны проверить это заявление (сообщение) и в течение 3-х суток

⁶ Тяжкими преступлениями признаются умышленные деяния, за совершение которых максимальное наказание, предусмотренное УК РФ, не превышает 10 лет лишения свободы. Максимальная санкция за особо тяжкое преступление соответственно превышает 10 лет лишения свободы.

(а в случаях, не терпящих отлагательства, немедленно) принять решение о применении мер безопасности в отношении его либо об отказе в их применении. О принятом решении выносится мотивированное постановление (определение), которое в день его вынесения направляется в орган, осуществляющий меры безопасности, для исполнения, а также лицу, в отношении которого вынесено указанное постановление.

Постановление (определение) о применении мер безопасности либо об отказе в их применении может быть обжаловано в вышестоящий орган, прокурору или в суд. Жалоба подлежит рассмотрению в течение 24 часов с момента ее подачи.

Необходимые меры безопасности и способы их применения избирает орган, осуществляющий эти меры. Об избранных мерах, их изменении, о дополнении и результатах применения орган, осуществляющий меры безопасности, информирует суд (судью), прокурора, начальника органа дознания или следователя, в производстве которых находится заявление (сообщение) о преступлении либо уголовное дело, а в случае устранения угрозы безопасности защищаемого лица ходатайствует об отмене мер безопасности.

В случае необходимости орган, осуществляющий меры безопасности, заключает с защищаемым лицом договор в письменной форме об условиях применения этих мер, о взаимных обязательствах и взаимной ответственности сторон в соответствии с данным Законом и ГК РФ (ч. 6 ст. 18 Закона).

Меры безопасности отменяются в случае, если устраниены основания их применения, указанные в ч. 1 ст. 16 Закона, а также в случае, если их дальнейшее применение невозможно вследствие нарушения защищаемым лицом условий договора, заключенного органом, осуществляющим меры безопасности, с защищаемым лицом. Меры безопасности также могут быть отменены по письменному заявлению защищаемого лица, направленному в орган, принявший решение об осуществлении ГЗ. Отмена мер безопасности допускается только по постановлению (определению) органа, принявшего решение об осуществлении ГЗ, либо по постановлению (определению) органа, в производстве которого находится уголовное дело с неотмененным постановлением об осуществлении ГЗ. Такое постановление может быть обжаловано в вышестоящий орган, прокурору или в суд. Жалоба подлежит рассмотрению в течение 24 часов с момента ее подачи.

В постановлении об отмене мер безопасности должны быть урегулированы вопросы восстановления имущественных и связанных с ними личных неимущественных прав защищаемого лица.

При постановлении приговора суд (судья) выносит определение об отмене мер безопасности либо о дальнейшем применении указанных мер.

2. МЕРЫ СОЦИАЛЬНОЙ ЗАЩИТЫ

Основаниями применения мер социальной защиты являются гибель (смерть) защищаемого лица, причинение ему телесного повреждения или иного вреда его здоровью в связи с его участием в уголовном судопроизводстве.

В случае гибели (смерти) защищаемого лица членам семьи погибшего (умершего) и лицам, находившимся на его иждивении, выплачивается за счет средств федерального бюджета единовременное пособие в размере, определяемом Правительством РФ, и назначается пенсия по случаю потери кормильца. По словам руководителя Департамента законодательства о государственной безопасности правоохранительной деятельности Минюста России С. Никулина, планируемый размер пособия составит 45 тыс. рублей. Если указанные лица имеют право на различные единовременные пособия, выплачиваемые в соответствии с законодательством РФ, им назначается одно единовременное пособие по их выбору.

В случае причинения защищаемому лицу телесного повреждения или иного вреда его здоровью, повлекшего за собой наступление инвалидности, ему выплачивается за счет средств федерального бюджета единовременное пособие в размере, определяемом Правительством РФ, и назначается пенсия по инвалидности. Выплата единовременного пособия производится и в случае, если указанный вред здоровью не повлек за собой наступление инвалидности. Лицу, имеющему одновременно право на различные единовременные пособия в этой ситуации, назначается одно единовременное пособие по его выбору.

Имущественный ущерб, причиненный защищаемому лицу, также подлежит возмещению с последующим взысканием этих средств с лица, виновного в причинении такого ущерба.

Орган, принимающий решение об осуществлении ГЗ, получив заявление (сообщение) о гибели (смерти) защищаемого лица или причинении ему вреда здоровью, установив наличие связи указанных обстоятельств с участием этого лица в уголовном судопроизводстве, обязан в течение 3-х суток принять решение о применении мер социальной защиты. О принятом решении выносится мотивированное постановление, которое направляется в орган, осуществляющий меры соцзащиты, для исполнения, а также лицу, в отношении которого вынесено указанное постановление. Постановление о применении указанных мер либо об отказе в их применении может быть обжаловано в вышестоящий орган, прокурору или в суд. Жалоба подлежит рассмотрению в течение 1 месяца со дня ее подачи.

Орган, осуществляющий меры соцзащиты, получив постановление о применении мер соцзащиты, обязан исполнить его в течение 10 суток.

Закон устанавливает права и обязанности защищаемых лиц (ст. 23) и соответственно права и обязанности органов, обеспечивающих ГЗ (ст. 24).

Защищаемые лица вправе:

- 1) знать свои права и обязанности,
- 2) требовать обеспечения личной и имущественной безопасности, личной и имущественной безопасности своих близких родственников, родственников и близких лиц,
- 3) требовать применения мер социальной защиты в случаях, предусмотренных настоящим Законом,
- 4) знать о применении в отношении себя, а также своих близких родственников, родственников и близких лиц, мер безопасности и о характере этих мер,
- 5) обращаться с заявлением о применении дополнительных мер безопасности, предусмотренных настоящим Законом, либо об их отмене,
- 6) обжаловать в вышестоящий орган, прокуратуру или в суд решения и действия органов, обеспечивающих ГЗ.

Защищаемые лица обязаны:

- 1) выполнять условия применения в отношении их мер безопасности и законные требования органов, обеспечивающих ГЗ,
- 2) немедленно информировать органы, обеспечивающие ГЗ, о каждом случае угрозы или противоправных действий в отношении их,
- 3) при обращении с выданными им спец. средствами индивидуальной защиты, связи и оповещения об опасности соблюдать требования федеральных законов и иных нормативных правовых актов РФ (продажа, залог и передача другим лицам указанного имущества, а равно его утрата или порча влекут за собой ответственность),

4) не разглашать сведения о применяемых в отношении их мерах ГЗ разрешения органа, обеспечивающего ГЗ.

Закон указывает об ответственности должностного лица, виновного в непринятии решения об осуществлении ГЗ или ненадлежащем ее осуществлении, а также об ответственности за разглашение сведений о защищаемом лице и применяемых в отношении его мерах безопасности лицом, которому эти сведения были доверены или стали известны в связи с его служебной деятельностью.

Для обеспечения ГЗ Правительство РФ должно утвердить Государственную программу обеспечения безопасности потерпевших, свидетелей и иных участников уголовного судопроизводства. Расходы, связанные с обеспечением ГЗ, не могут быть возложены на защищаемое лицо.

По расчетам разработчиков Закона, в защите реально нуждаются ежегодно около 5 тыс. свидетелей и других участников уголовного судопроизводства. Из них примерно 1 тыс. будет необходимо сменить место жительства. Остальным будет достаточно личной охраны. Изменить внешность, по оценкам правоохранительных органов, потребуется лишь полсотни человек из 5 тыс.

Как сможет защитить данный Закон эксперта покажет практика его применения. Пока же для обеспечения Закона механизмом реализации потребуется принять большое число нормативных актов. На данном этапе каждый врач-психиатр, психолог, участвующий в уголовном судопроизводстве в качестве эксперта или специалиста, должен знать о своих правах, гарантированных данным Законом. Правовая осведомленность — первый шаг по пути обеспечения личной безопасности.

Ю. Н. Аргунова.

Права граждан с психическими расстройствами.

Вопросы и ответы — М., 2003

Заявки направлять по адресу:

117602, Москва, Олимпийская деревня, 15-61.

Ю. Н. Аргуновой

“Обезьяний процесс” в Москве

“Обезьяний процесс” — это, ставшее нарицательным, обозначение судебного процесса 1925 г. в штате Теннесси, на котором школьный учитель был обвинен за преподавание научного представления о происхождении человека от обезьяны в противоречие Святому Писанию.

Судебный процесс, который проходит сейчас в Москве над организаторами выставки “Осторожно, религия!” — как многое в нашем отечестве — намного гротескнее. Речь на нем идет о взаимоотношении с религией не только науки (биологии), а искусства и науки (искусствознания и социальной психологии), причем характер обвинений тот же, что против “Сатанинских стихов” Салмана Рушди. Наконец, речь идет не только о “контrole и манипулировании сознанием”, но и о “вреде психическому здоровью” и даже о “постоянном присутствии в практике концептуализма психоактивных веществ”.

История этого судебного процесса такова. 14 – 18 января 2003 г. в Москве, в Центре им. Сахарова состоялась выставка 34 художников (плакат, фотография, видеофильмы, предметное искусство), которая привлекла внимание своим названием православных фундаменталистов, против которых и была направлена. При открытии она была ими разгромлена. Погромщики были привлечены к суду, но были оправданы, несмотря на уничтожение многих работ. Зато к суду по требованию Госдумы РФ были привлечены устроители выставки, которым грозит 5 лет лишения свободы. 25 мая 2003 г. старший следователь прокуратуры Центрального административного округа Москвы Е. К. Котова в своем определении о назначении комплексной судебной экспертизы писала: “Цель выставки достигнута путем использования в представленных на нее экспонатах специальных языковых (вербальных), визуальных, звуковых средств, методов скрытого психологического манипулирования сознанием и других психотехнических методов для передачи оскорбительных и унизительных характеристик, отрицательных эмоциональных оценок, негативных установок и побуждений к действиям против христианства вообще и русского православия в частности: десакрализация сакральных образов посредством создания ассоциативных связей между сакральным и низким, отвратительным, комическим, ужасным; обусловливание изображений половыми стимулами и стимулами отвращения; создание депрессивных ассоциативных связей при

помощи изобразительных и верbalных средств в видеофильмах, с помощью чего были оскорблены и унижены религиозные чувства верующих и неверующих людей, имеющих представление о святости (сакральности) основных символов христианской религии¹.

Публичная демонстрация экспонатов выставки ... возбудила ненависть и вражду, а также унижила национальное достоинство большого числа верующих...”. Устроители выставки обвиняются “в совершении преступления, предусмотренного пунктом “б” части 2 ст. 282 УК РФ”.

Перед экспертами поставлены следующие вопросы:

“1. Выражают ли использованные в данном материале словесные, изобразительные средства (какие именно и каким образом) унизительные характеристики, отрицательные эмоциональные оценки и негативные установки в отношении какой-либо этнической, расовой, религиозной группы (какой именно) или отдельных лиц как ее представителей?

2. Содержится ли в данном материале информация (какая именно), побуждающая к действиям (каким образом) против какой-либо нации, расы, религии (какой именно) или отдельных лиц, как ее представителей?

3. Использованы ли в данном материале специальные языковые или иные средства (какие именно) для целенаправленной передачи оскорбительных характеристик, отрицательных эмоциональных оценок, негативных установок и побуждений к действиям против какой-либо нации, расы, религии или отдельных лиц как ее представителей?

4. Содержаться ли в данном материале изображения, предметы, тексты, имеющие культовое значение, религиозный смысл, а также традиционные культурные и этнические ценности? Если да, то какие именно?

5. Являются ли изображения, предметы, тексты, использованные в данном материале, значимыми для исторической и социальной памяти народов России? Если да, то каких именно?

6. При каких условиях представленные материалы могут быть истолкованы как оскорбляющие религиозное чувство верующих?

¹ Все выделения в цитатах сделаны автором этой публикации.

7. Существуют ли в современном изобразительном искусстве России, других стран Европы и США каким-либо образом обоснованные (каким именно) или каким-либо образом принятые ограничения (какие именно) на использование в произведениях изобразительного искусства каких-либо религиозных символов из тех, что содержатся в данных материалах?”.

Все вопросы, кроме 2, 6 и 7, провоцируют нужные ответы, имплицитно содержат их, так как сформулированы некорректно: положительный ответ на них можно получить, адресуя их кому и чему угодно, — любому сатирику, любому оппозиционеру, любой религии, включая православие.

Заключение экспертов по уголовному делу № 4616 от 28 ноября 2003 г. на 102 страницах представляет собой документ огромной саморазоблачительной силы. Было очень жалко сокращать его. Он состоит из пяти отдельных экспертиз: искусствоведческой; в области древнерусского искусства; этнографо-религиеведческой; “социально-культурной” и социально-психологической. Мы остановимся на двух последних, которые провели руководитель Центра коммуникативных исследований РАН Н. Е. Маркова и доктор психологических наук старший научный сотрудник Психологического института В. В. Абраменкова. По сравнению с ранее помещавшимися в этом разделе, казалось бы предельно скандальными экспертными оценками, это дальнейшее крещендо **полного произвола экспертных выводов в угоду внутриполитической конъюнктуре.** Текст фактически не нуждается в комментариях: его заказной характер очевиден не только из явной тенденциозности взгляда, одномерного в отношении полифонии смыслов, но из грубейших передергиваний смысла азбучных терминов и общеизвестных фактов. Это уже активное действие, поступок, за который неизбежно несут личную и профессиональную моральную ответственность. Цитируем:

“В начале Пресс-релиза говорится о некоей, якобы, “двойственности” замысла организаторов выставки “Осторожно, религия!”: “Название выставки передает отчетливую двойственность ее замысла: это и призыв к бережному, деликатному, уважительному отношению к религии, вере, верующим людям, и знак — “внимание, опасность!”, — когда дело касается религиозного фундаментализма (неважно, мусульманский он или православный), сращения религии с государством, мракобесия”.

Основная просоциальная направленная цель организаторов и участников выставки (призыв к бережному, деликатному, уважительному отношению к религии, вере, верующим людям) была заявлена, но не реализована, она выступила как своего рода ширма (мотивировка) для реализации идеи опорочивания православного христианства и православных верующих путем введения их в заблуждение и манипулирования их сознанием с помощью изобразительных

средств. Об этом говорит, например, Магидова: “...легко осуществить подмену, веру можно заменить всем, чем угодно”.

Авторы приписывают православию качества религиозного фундаментализма. Если под религиозным фундаментализмом понимать верность последователей разных религий догматам и нормам, принятым в каждой конкретной религии, их нежелание изменять эти догматы и нормы, сообразуясь с мнениями и пожеланиями других людей, исповедующих другие религии или придерживающихся различных нерелигиозных мировоззрений, то такой фундаментализм не составляет никакой опасности для общества. Социальная опасность исходит от экстремизма на религиозной или идеологической почве, сопровождающегося нарушением прав граждан, проявлениями насилия, терроризма. Но ни в нашей стране, ни в других государствах, насколько мне известно, не существует терроризма, который бы обосновывал свои действия религией православного христианства, в то время, как выставка “Осторожно религия!” была целиком ориентирована именно на православное христианство, Русскую Православную Церковь и ее последователей”.

Итак, утверждается, что основная цель организаторов и участников выставки — опорочивание православного христианства и православных верующих и манипулирование их сознанием. Утверждается, вопреки тут же приводимой цитате, что об опасности идет речь, “когда дело касается религиозного фундаментализма, сращения религии с государством, мракобесия”. Передергивается азбучное понятие “религиозного фундаментализма”². Хотя хорошо известно, что в любой религии, в том числе и православии, всегда были и есть фундаменталистские и еретические, мистические и рационалистические течения, и что фундаменталистские это и есть “крайне правые”, “экстремистские”, эксперт В. В. Абраменкова утверждает, что в православии ей таковые неизвестны и что не существует терроризма, который бы обосновывал свои действия православной религией. Но каждому школьнику известно ровно обратное. Это “Союз Михаила Архангела”, это немалая часть современных православных братств, это огромный массив старой и новой черносотенной литературы, это газеты “Черная

² Религиозный фундаментализм — это верность первоосновам священных текстов в их буквальном однозначном понимании с радикальным неприятием нарастающего процесса отделения науки, культуры и общественной жизни от религии. Это тенденция к теократии с противодействием либерализму, плюрализму, релятивизму и гуманизму (Философская энциклопедия, т. 4, М., 2001). Религиозный фундаментализм существовал всегда, но обострился с 1910–1912 гг. и особенно с серединой 1970-х гг. как реакция на культурную революцию 1968 г., блокируясь как всегда с крайне правыми политическими силами. Это, например, режим аятоллы Хомейни.

сотня”, которая несколько лет назад даже возглавляла предлагавшийся для подписки список наиболее популярных изданий, по крайней мере в Ленинградском районе г. Москвы. Как видите, совсем не по алфавиту.

Что же тогда заявление эксперта: ложь или неведение? — Это заурядный тактический прием или, выражаясь языком того же эксперта, — “манипулирование сознанием”. По отношению к себе она так не выражается, — это термин для “других”, “чужих”. Но поскольку она сама такова, для нее само собой разумеющимся выглядит, что таковы и другие. Такая самопроекция здесь на каждом шагу. Эта манихейская ересь³ поразила всех наших православных фундаменталистов и их защитников. И им невдомек, что этим перечеркивается сама сущность христианства в них самих.

В качестве примера грубой тенденциозности эксперта приведем интерпретацию ею двух работ, якобы вызвавших, по ее словам, наиболее возмущение. Триптих А. Дорохова “В начале было слово” изображающий человека, распятого на римском орудии казни Т-образном кресте, пятиконечной звезде и свастике, трактуется как “уподобление христианства нацизму и коммунизму — двум человеконенавистническим идеологиям”. Но коммунистическая идеология (в отличие от практики) была не “человеконенавистнической”, а квазихристианской. Здесь несомненно кощунство эксперта в отношении коммунизма, в расположении коммунизма и фашизма, идеология которого оправдывала геноцид. Таким образом, талантливая метафора, понятная всем как мученичество людей любым тоталитаризмом истолковывается совершенно искусственно с явно манипулятивной целью как “христианство тот же фашизм, так как щиты триптиха “абсолютно одинаковы по размеру”.

Другой пример — плакат-постер Косолапова “Со-са-Cola this is my blood” с изображением логотипа фирмы “Кока-Кола”, лица Христа и приведенной надписи. Перед нами яркое обличение современной действительности, в которой нет ничего святого, в которой в погоне за прибылью превращают и Христа в средство рекламы. Абраменкова “разрывается” от возмущения, уверяя, что “это говорит о намеренном оскорблении, святотатстве (от “тать” — вор, похититель) сакрального смысла христианских святынь в расчете на шоковую реакцию зрителя”. Эксперт, блистающий высоко научной лексикой и ссылками, ведет себя как необразованные красноармейцы в революцию, маузерами заставлявшие актеров изменять действие спектакля в справедливую сторону.

“Экспонат А. Косолапова “Coca-cola, this is my blood” (“Сие есть кровь моя”) представляет собой яркое воплощение кощунства. Кощунство само по себе является крайней формой уничтожения и отрицательных эмоциональных оценок автора по отношению к объекту религиозного почитания.

³ Здесь в смысле усматривания зловредности даже на пустом месте.

Сточки зрения психологии восприятия и воздействия на зрителя, эта работа агрессивна, поскольку кощунственное отождествление святыни и ширпотреба, высокого и низкого содержит провокацию и побуждает к ответным враждебным действиям со стороны реципиента, к развитию аффективных реакций, агрессивных, нетерпимых отношений между индивидами, а также социальными группами на почве религиозных убеждений...

Сюда же следует отнести экспонат А. Тер-Оганьяна (№ 3.16), который 8 православных икон (напомним: объект особого почитания в православном христианстве) подверг изощренному надругательству: на одной из них вырезано (видимо, ножом) слово “Vodka”; одна икона с надписью по диагонали “Kashnikov”; другая икона с вырезанной эмблемой в левом углу в форме серпа и молота; еще одна икона с изображением Богородицы, по диагонали которой выполнена надпись “Lenin” и пр. Физическое (порезы) и смысловое (семантика надписей) перечеркивание икон посредством расположенных по диагонали надписей и изображений, есть символический знак их полного отрицания и запрета, выражающего крайне негативное отношение автора не только к русской иконописи, но и к русскому менталитету, т.е. это проявление агрессивной русофобии (см. энциклопедию Русские. М.: Наука, 1997; Громыко М. М., Буганов А. В. О воззрениях русского народа. М., 2000; Народы России. Энциклопедия. М., 1994).

Сам факт прорези, порезов иконографического изображения вызывает у православных христиан глубокие моральные страдания. Разрушение иконографического изображения на экспонатах А. Зра�евской и А. Тер-Оганьяна может однозначно восприниматься последователями Русской Православной Церкви как насилиственное действие, нанесение символических ран, “порезов” самому Живому Богу, Божией Матери и святым.

В целом следует оценить данные экспонаты как агрессивное антихристианское изображение, уничижительное и оскорбительное не только для граждан православного христианского вероисповедания, но и для всех культурных людей, т.е. психотравмирующее негативное воздействие экспонатов распространяется на более широкую социальную общность”.

“Отсюда верующими православными христианами любые манипуляции с иконами вне сферы их почитания воспринимаются как надругательство, повреждение, глумление, вызывающие тяжелую психотравму, страдания, сопоставимые (и даже превосходящие!) психо-эмоциональные негативные переживания по поводу оскорблений близких людей: матери, жены, ребенка и т.п...

Инаконец, в вышней степени оскорбительный и кощунственный, рассчитанный на шоковую реакцию экспонат И. Зауташвили (№ 3.22) — фото женщины в непристойной позе, в одежде с капюшоном, напоминающем монашескую рясу, с раздвинутыми ногами и

чем-то закрытым лицом. Между ног женщины на место половых органов была помещена икона Богоматери (по свидетельствам очевидцев)”.

Эксперт видит здесь “клеветническую идею порочности монахинь”, “надругательство над православным христианским институтом монашества и христианства вообще”, “осквернение Богоматери”, “подобно собственной матери, изображение которой помещается в неподобающее место” и, наконец, “унижение национального достоинства русских православных христиан и явную провокацию”.

Как психиатр и экспериментальный психолог, считаю такое видение совершенно неадекватным и патологическим. Стоит вспомнить древних: “все чисто для чистого глаза”. Для меня в этом изображении запечатлена попытка защититься ликом Богоматери от насилия, даже сакрализация места Зачатия и Рождения. Стоит также вспомнить грандиозную и победительную критику В. В. Розанова ханжеского отношения православия к половой жизни, его предложение ставить брачное ложе новобрачных на алтарь.

Предпринятый экспертами “комплексный анализ социологических, социально-психологических и художественных средств воздействия, использованных при создании экспонатов выставки «Осторожно, религия!»” касается чисто манипулятивного аспекта, но без увязанности с содержанием приводит к банальности или парадоксам: чем художественнее, тем сильнее воздействие. Но смысл в конечном счете понимается каждым индивидуально. В соответствии с этим и азбукой социологии и социальной психологии, манипулятивным воздействием обладает не само сообщение, не визуальный объект, а их оценка лидером своей референтной группы (Роберт Мerton). Отсюда легко доказать, что разгром выставки был заранее спланирован и задан, тогда как ее оскорбительность проблематична и требует убедительных доказательств.

Для психиатров выразительным примером может служить гениальный фильм Милоша Формана “Полет над гнездом кукушки”. Откровенно и сильно выраженный антипсихиатрический пафос не задевает психиатрию, а очищает и развивает ее. Высокая криминальность в рядах московской патриархии, так же как различные прегрешения Церкви как учреждения, не роняют православную религию.

Агрессивная реакция экспертов отражает не только отсутствие христианского духа, но и общий низкий уровень обсуждения вопреки кокетству высоконаучных ссылок или даже благодаря контрасту с ними.

Экспертный шаблон оценки экспонатов выставки (использованный прием; латентное содержание работы; социальная функция экспоната) легко применить с тем же успехом и с теми же выводами ко множеству шедевров мировой живописи, театра, литературы, не говоря уже о произведениях энциклопедистов. Это напоминает ситуацию начала 1990-х гг., когда к нам обращались за помощью из лагерей заключенные, попавшие туда за коллекциони-

рование репродукций выставленных в музеях ювелирных художников, тогда как в ряде журналов уже печаталось настоящее порно. Такой глубокий теоретик символизма как Андрей Белый писал, что Антон Чехов в большей мере символист, чем Леонид Андреев, так как у него символ вырастает из повседневных заурядных событий, а не придумывается как экстраординарная ситуация.

Вот образцы трактовок эксперта Н. Е. Марковой.

“1. Работа Батынкова “Семь смертных грехов” представляет собой 7 цветных фотографий, на которых изображена семья его знакомых в обыденной жизни. Фотографии делались в течение суток. Грех чревоугодия представляет семейное застолье, грех праздности — смотрение телевизора, грех идолопоклонства — комната, завешанная фотографиями, плакатами кумиров и т.д. “Не убий” представлена мальчиком с игрушечным оружием. Несмотря на то, что работы Батынкова повреждены не были, их кажущаяся нейтральность обманчива.

Грехи на фотографиях Батынкова — мелкие обыденные события жизни, то, что является ее основным содержанием, констатация текущего момента. Понятие греха как морального нарушения, страшного преступления, за которым следует неотвратимое наказание, нивелируется, уничтожается. Характерно, что Батынков представил старую работу 3-х летней давности, т.е. она по-видимому неоднократно выставлялась и достаточно длительное время исполняла изначально заданные социальные функции дехристианизации.

Прием: НЕКРИТИЧНАЯ КОНСТАТАЦИЯ РЕАЛЬНОСТИ

Латентное содержание работы: РАЗРУШЕНИЕ ПОНЯТИЯ ГРЕХА КАК ПРЕСТУПЛЕНИЯ

Социальная функция экспоната: ДЕХРИСТИАНИЗАЦИЯ

2. Работа Зражевской “Фото” представляет собой фанерный лист в рост человека с изображенным на нем окладом иконы “Господь Иисус Христос, сидящий на троне”, с отверстиями, вырезанными на месте лица и рук. Принадлежностью работы является фотоаппарат на треноге с табличкой “Фото недорого”.

Экспонат вызвал наибольшее возмущение, и, по мнению верующих “...являлся не только кощунственным, но и приглашал к освиреплению любого человека” (Гарбузов); “каждый желающий приглашался надругаться над иконой, вставив свое лицо вместо лика Христа” (Люкишин).

Святой оклад, исключительная принадлежность отправления христианского православного культа, приравнивается к обычному набору бульварно-курортной фотографии — образам русалки, или горца в панахе. Совершено святотатство, так как этот сакральный символ принадлежит исключительно Православной Церкви и верующим. Происходит публичная десакрализация важнейшего религиозного

символа. Вовлеченные в действие посетители, получившие положительное подкрепление (смех, удовольствие), согласно законам оперантного бихевиоризма (16; 345) обрекались на повторение и закрепление такого рода поведения. По законам социальной психологии, “действие подкрепляет установки — установки следуют за действием” (6; 176).

Прием: СОЕДИНЕНИЕ САКРАЛЬНОГО С НИЗКИМ, ВОВЛЕЧЕНИЕ В ДЕЙСТВИЕ

Латентное содержание работы: ДЕСАКРАЛИЗАЦИЯ СИМВОЛА, СОЗДАНИЕ УСТАНОВОК

Социальная функция: ДЕХРИСТИАНИЗАЦИЯ

Невозможно обойти фигуры экспертов, в частности В. В. Абраменковой, ее легкое жонглирование научными терминами и достойными именами людей, которые пришли бы в ужас от такого использования. Сталкиваясь с этим, легко воссоздаешь фигуру эксперта-наемника, владеющего оружием, которое направляется в заказанную сторону. Для нас идеалом является эксперт-ученый, феноменолог, стремящийся к истине, независимо от того, на чьей она стороне, т.е., сакрализующий истину, учитывающий конкретный контекст и сам реально независимый.

Эксперты обнаружили такой широкий кругозор, что тем явственнее выступают их недоговоренности и умолчания. Они очевидным образом в состоянии были дать каждому экспонату серию интерпретаций, но ограничиваются одним, словно сами — фундаменталисты. Вместо проблематичности, осторожности оценок, убедительных обоснований — бойко на отлично отработанный урок с ответом по единственному верному учебнику-инструкции. И эта смехотворная аргументация: если А, то Б, если Б, то С, если С, то D, и так вплоть до Z. Если не веруешь, то кощунствуешь, если кощунствуешь, то ничего святого у тебя нет, если нет ничего святого, то все тебе можно, если все можно, то ты преступник, и конечно русофоб... Отсутствует самая элементарная соразмерность с обычным уровнем “шума”, в котором можно услышать все, чего ждешь, к чему прислушиваешься.

Абраменкова утверждает, что экспонаты выставки “способны вырабатывать, формировать и фиксировать социальные установки зрителя на пренебрежительное, нетерпимое или агрессивно-тревожное отношение к религии...” (как легко, просто и быстро!), что они “вызывают шок и тогда разрушают барьер между сознанием и подсознанием, вызывают потерю критичности, порождают состояние фрустрации у человека”. “Дезориентация представлений в процессе восприятия объектов может вызывать также регressive поведение и провоцирует неконтролируемые биологические импульсы, размывая культурные образцы просоциального поведения, перечеркивая моральные нормы. Подобные негативные установки формируются в подсознании, а актуализируются в значительной степени подспудно и порой незаметно для самого человека...

Для человека не менее, чем витальные потребности (в еде, сне, защите и пр.), не менее, чем потребность в самоуважении, важна потребность в трансценденции — в позитивном соотнесении своей личности и своего жизненного пути с высшими понятиями о добре и зле, совести, Родине, Творце, т.е. с нравственно-духовными ценностями. Дискредитация последних ведет к нарушению внутриспиритуального равновесия, к “духовной смуте”, которая, в свою очередь, обуславливает возникновение патологических состояний психики и глубоких нарушений психического здоровья личности”.

Как ни удивительно, но психолог, цитирующий Рудольфа Арнхайма, не видит, что экспонаты выставки многозначны, часто амбивалентны, а попытка их однозначного толкования представляет фактически спор относительно истинности единственного толкования двойственных фигур.

Основная идея и цель выставки, — согласно Абраменковой, — “навязать представление о религии (и прежде всего — о православном христианстве) как идеологии духовного опьянения, наркотика... Религия как “опиум для народа”.

Эксперт вычисляет социометрической методикой среди организаторов выставки лидера, получает данные даже о его родственниках и заявляет, что тот “имел целевую установку провести политическую акцию средствами современного искусства”. Перед нами эксперт-полицейский, который вполне способен со своими методами претендовать на превентивное выявление политически вредных элементов в целях профилактики. Он настолько предвидит будущее, что уже прибегает к формулировкам, которые определяют события: никто еще не запрещал “политические акции средствами искусства”. Но тоталитарно охранительным духом веет от тирады эксперта относительно выявленного им лидера: “задолго до выставки “Осторожно, религия!” он имел намерение организовать выставку “Лица кавказской национальности” (носящую, безусловно, характер политического заказа)...”, имея “настойчивое намерение формировать в сознании зрителей-россиян отрицательный образ русской нации”. От кого мог поступить такой заказ? От западных спецслужб? Это вполне в духе эксперта-заключения. Между тем, выставка “Лица кавказской национальности” — это хорошая идея, которая может прийти в голову любому неангажированному художнику, любому правозащитнику. В искусстве политической сатиры, антиклерикальной сатиры, например, искусстве плаката, сюжеты и приемы авторов выставки совершенно обычны.

В очередной раз мы видим необходимость состязательной экспертизы. Кем и как формировалась данная экспертная группа? Единодушие всех шести экспертов, их согласный хор даже в отношении вопросов, не входящих в их компетенцию (социологических, психологических, религиоведческих, политологических,

идеологических), таковы, словно все они члены партии “Родина”.

Постмодернизм представляет собой тотальный реалитивизм, эпатажное смакование запретного, низкого, кощунственного. Но реакция на него всегда полярна, плюралистична. Пример пьющего отца действует на сыновей диаметрально противоположным образом. А ведь это куда более сильная “манипулятивность”. Понятна брезгливая реакция в отношении Олега Кулика с его публичной содомией, и трудно понять отсутствие былой брезгливости к палачам и убийцам, но то и другое — социальный феномен, знак нашего времени. Художники не порождают, а воспроизводят его разными способами, обнажая имеющийся спрос. Непревзойден пример буддизма, где Буддой называли, разрушая саму возможность кощунства, и палочку для подтирания в общественных уборных. “Обезьяны процессы” и “обезьяны законы” — пример упадка и слабости, беспомощности перед казусами жизни.

Кто подлинный разжигатель национальной и религиозной вражды, отчетливо выяснилось на самом судебном процессе 18 ноября 2004 года. Представители “православной общественности” устроили митинг в коридорах суда под лозунгами: “Устроим второй Холокост!”, “Повесим жидов!”, “Выслать евреев!”. Судье пришлось вызвать наряд милиции. Представители прокуратуры бездействовали, зато художники — свидетели со стороны обвинения (все верующие, почти все — христиане), вопреки давлению допросов гособвинителей, отказались подтвердить, что выставка имела целью возбудить национальную и религиозную вражду⁴.

Теоретическую основу использования психиатрии и социальной психологии для выполнения социального заказа в целях устранения конкурентов и критиков Московской патриархии пыталась подвести организованная Государственным научным Центром социальной и судебной психиатрии им. В. П. Сербского конференция под эгидой РАМН, прежде всего докладами Т. Б. Дмитриевой, Б. С. Положего, Ф. В. Кондратьева.

Утверждать, как в докладе Т. Б. Дмитриевой, что террористы-смертники — индуцированные зависимые личности, для профессионала-психиатра — предельный цинизм и несомненное кощунство, в отличие от весьма проблематичного кощунства экспонатов выставки в Центре им. Сахарова. Такое утверждение уничижает героизм (все равно с чьей стороны, не уважать героя противника не менее низко) и одновременно

крайне недобросовестно с профессиональной точки зрения, представляя медвежью услугу заказчику. Заботясь о пиаре, забывают, что он самих заказчиков ввергает в заблуждение. Адекватен психологический портрет не смертника вообще, не японского камикадзе, не русского народовольца, не советского Александра Матросова, а чеченского шахида. А это, прежде всего, мститель за злодеяния “неверных”.

“Вовлечение людей в тоталитарные секты, — согласно Т. Б. Дмитриевой, — сложилось в определенную систему, описанную швейцарским исследователем Штаммом. Автор выделяет пять фаз индоктринации членов сект. Первая из них — фаза вербовки...”. Из огромного массива научной литературы на эту тему Т. Б. Дмитриева не выбирает ничего. Наш академик предпочитает ненаучную антикультристскую литературу, которая видна уже по одной родственной ей лексике — “вербовка” и “тоталитарные секты”. Это надежный и понятный маркер для всех сторон.

В докладе содержится утверждение, что — цитирую — “анализ психического состояния членов некоторых тоталитарных сект позволил установить, что более чем у половины из них выявляются психические расстройства, в частности, зависимое расстройство личности и шизофреноподобные психозы”. Помимо упорного использования ненаучного (даже контр-научного) термина “тоталитарные секты” перед нами еще и ненаучная метода подачи фактов. Вместо конкретного указания, какие именно, — неопределенное “некоторые”, что позволяет создать впечатление обобщения.

Без четкого и честного ответа на главный вопрос, по которому у нас все время шла полемика с Центром им. Сербского, можно ли говорить, что члены религиозных организаций приобрели указанные психические расстройства в результате членства, либо — если они изначально были у них — привело ли членство к ухудшению состояния, можно с уверенностью утверждать, что по тону этих сообщений ясно видно, что ответ отрицательный. Отсюда мутность формулировок.

Итак, согласно акад. Т. Б. Дмитриевой, главная опасность состоит в “манипулировании общественным сознанием посредством массовой культуры, масс-медиа” и “тоталитарных сект”, так как ведет к различным формам деструктивного поведения, в частности аддиктивного (т.е., различных форм ухода от реальности) — алкоголизму, наркомании, азартным играм, компьютеромании и интернет-зависимости. Таким образом, получается, что все беды от пиара. Но это взгляд, изображающий в авторе манипулятора и волонтериста: мол, всем можно управлять.

Итак, религиозный фундаментализм под покровительством власти показывает “какое время на дворе” в России сегодняшней. — Все еще средневековые в его худших проявлениях.

Ю. С. Савенко

⁴ Красноречивый конфуз постиг этот заказной процесс 26 ноября. Фотография, которую экспертиза и гособвинение рассматривали как доказательство кощунства, — купол планетария, превращенный в красное пасхальное яйцо с буквами “ХВ”, — оказалась подлинной, запечатлевшей акцию 12.04.1999 г., проведенную с разрешения РПЦ и Московского правительства.

О тюремной медицине — с конференции к 100-летию смерти А. П. Чехова

А. И. Воробьев

Не надо забывать, что мы — наследники А. П. Чехова — вдруг оказались народом, который вырождается, культура которого, — а без нее духовный мир планеты представить невозможно, — исчезает. Это произойдет, если мы, именно мы, а не мифическое “начальство”, не спасем страну от надвигающейся катастрофы.

В конце XIX века А. П. Чехов бросает упрек: “Взгляните-ка на нашу литературу по части тюрем и ссылки: что за нищенство! Две-три статейки, два-три имени, а там хоть шаром покати, точно в России нет ни тюрем, ни ссылки, ни каторги.” (Собр. соч., 1956 г., т. 10, стр. 25).

Тюремы с древнейших времен существуют во всех странах. Но русская тюрьма стала понятием нарицательным и международным.

Ее обитатели по сей день находятся за пределами общепринятых норм жизни — моральных и физических. Вместе с тем, именно русская тюрьма вошла в историю страны как средоточие наиболее ярких своих представителей, оказавшихся неугодными власти. Начиная с А. Н. Радищева, русская тюрьма постоянно используется для борьбы с инакомыслием...

Маловероятно, чтобы какая-либо другая страна могла продемонстрировать такое обилие и такой уровень интеллектуального богатства среди тюремного и ссылочного населения...

У автора доклада есть и субъективный интерес к тюремной теме. Будучи в должности министра здравоохранения РФ (1991 — 1992 гг.), посетив в порядке ознакомления Бутырскую тюрьму, он поднял перед Правительством вопрос о передаче тюремной медицины из Министерства внутренних дел в Минздрав. Оснований для этого было достаточно. В частности, стремительно росла в тюрьмах заболеваемость туберкулезом на фоне появившейся, прежде всего там, устойчивости палочки Коха к антибиотикам. (Конечно, все вопросы оплаты труда медицинского персонала в местах заключения, факт их выслуги лет были в том постановлении учтены.) Осенью 1992 года такое решение Правительства состоялось. Но перед его публикацией надо было получить визы всех министров Правительства. Последнюю подпись министра юстиции Н. Федорова получил в конце декабря

1992 г. и вскоре был освобожден от должности. Дело оказалось почему-то похороненным, а заботу о здоровье тюремно-лагерного населения передали из МВД в Минюст. Хотя положение и изменилось к лучшему, но главная беда — юридическое и фактическое отстранение населения тюрем от системы Минздрава, сохранилась. А беда — большая. Проходя по камерам следственного изолятора (“Бутырки”), разговаривая с заключенными, обратил внимание на большое число среди них очевидно психически не вполне здоровых людей, часто имевших внешние признаки дефекта. Таких было, примерно, 10 %. (Потом аналогичную цифру встретил в американской литературе.) Ясно, что проблема психического состояния заключенного в юридических организациях будет решаться в плане “вменяемости” или “невменяемости” в момент совершения преступления. Никакого глубинного анализа ни личности подследственного, ни возможных скверных результатов его пребывания под стражей (для него и для общества) Минюст проводить не может и не будет. А проблема — серьезная, и именно — российская. Мы долго были “рекордсменами” по количеству заключенных, уступив (после амнистий) в последние годы первое место США. Но “отрыв” нашей страны от остального мира (“цивилизованного” и “нечивилизованного”) — очень велик.

Почему хороший врач и известный писатель А. П. Чехов, будучи не очень здоровым (кровохарканье уже было), отправляется в тяжелое путешествие — через всю Сибирь на лошадях — на каторжный остров, а потом берется за научный труд описания увиденного. Потому, что не может молчать. “Записки из мертвого дома” Ф. М. Достоевского, как и “Остров Сахалин” А. П. Чехова — не художественные произведения. Первое — свидетельство очевидца изнутри тюремы-каторги, второе — строгое научное исследование человека извне...

Сталинские тюремы и лагеря были либо только политические (в частности, Лубянка), где уголовников не было и сидели не преступники, либо смешанные, где уголовники были поставлены в положение над политическими невинными жертвами тирана. Очень много в уголовном праве, тюремно-лагерном быте того времени не имеет аналогии ни в каких стра-

нах, ни в каких временах. Лихая формула: “Да, был культ личности, но и личность была”, — не более чем циничное издевательство над десятками миллионов раздавленных, уничтоженных полубезумным диктатором. Ну и в чем-то — подсююкивание будущему возможному “сильному” властителю. Найдутся и такие, которые либо многозначительно, либо с подобострастием, в зависимости от обстоятельств, заметят, что де Россия без царя не может, что народ у нас темный, к рабству приученный. Или тиснут еще какую-нибудь чушь такого же пошиба. Но заодно, как будто бы, между прочим, личную вину тирана размажут на весь народ. Что-нибудь вроде “суда над большевизмом”, делая вид, будто они не знают, что большевики от власти отстранены были 80 лет назад, и полностью физически уничтожены — почти 70 лет тому назад. У этой публики Сталин с Берией — тоже большевики, а не палачи большевиков, как было на самом деле. Начнут с возмущением припомнить клочки бумажек, написанных Лениным во время Гражданской войны “Расстрелять, взять заложников из попов” и т.п. При этом забывают сказать, что писульки эти были ОПУБЛИКОВАНЫ в его собрании сочинений лет 80 назад, и ни у кого — друзей и врагов — никаких реакций не вызывали, так как шла беспощадная война, в которой белые пленных вообще не брали, расстреливая на месте. “Благородных” войн не бывает.

СМЕРШ расстрелял с 1943 по 1945 гг. более 200 тыс. наших солдат. Как поступали с противниками (обе стороны) в Афганистане, Чечне, сейчас — в Ираке?

Чем путаться под ногами у старых времен, обратили бы свой либеральный гнев на день сегодняшний, когда крупный капитал в междусобойных спорах иного средства, кроме заказных убийств, не знает. Если в чем-то и можно попрекнуть народ, так в том, что доверчив он, слушает ренегатов, прыгающих из передней одного сатрапа к другому, либеральных проектантов обустройства России...

В становлении преступника существуют причины и биологические. И именно здесь — место работы врача. Первое: соотношение среди заключенных мужчин и женщин — 17 : 1. Иногда по ряду причин оно смещается до 10 : 1. Почему так? Ведь, казалось бы, социальные беды одинаковы для обоих полов...

У женщин (впрочем, очень редко) встречается так называемый синдром Морриса. Речь идет о рослых физически сильных особых, у которых нет месячных (отсутствует матка), но сохраняющих женские черты. Их хромосомный набор — ХУ, т.е. мужской. Раньше они завоевывали на соревнованиях, связанных с физической силой, призовые места (теперь при подозрении на этот синдром проводится проверка). На самом деле эти женщины — генетические мужчины. В результате потери чувствительности их тканей к маскулинизирующему действию мужского полового гормона

происходит недоразвитие мужских половых признаков. Считается, что, по-видимому, именно этот синдром был у Жанны д. Арк.

Ясно, что здесь не делается попытка подменить влияние внешней среды, ее ответственность за формирование преступника его генетическими особенностями. В поведении человека нельзя разделять роль генетики и среды. Сказанное — давнишняя прописная истина биологии. Но о преступной среде, о социальных пороках, толкающих людей на преступления, говорится много. Роль среды отражена и в уголовном кодексе. И перед законом все оказываются равны. Вот именно здесь должен выступить на сцену ВРАЧ. Тот закон, тот уголовный кодекс, которым следует наш суд, ошибчен именно в той части, где он признает всех людей одинаковыми, не обращая внимания на их болезненные и собственной воле неподвластные отклонения от нормы. Надо еще и еще раз подчеркнуть, что наша российская судебная практика, выводя страну далеко вперед по количеству заключенных, не уменьшает количества преступлений. Следовательно, она — мстительна, но — бесплодна.

Главнейшие требования, предъявляемые к правильной системе наказания:

1. Наказание должно быть индивидуально (оно должно поражать только виновного).
2. Наказание должно быть равно для лиц всех состояний.
3. Наказание должно соизмеряться с объективным вредом и субъективной виновностью.
4. Наказание должно допускать возможность исправления судебной ошибки и, следовательно, не должно поражать невозвратимых благ, например, жизнь.
5. Наказание не должно разворачивать граждан, следовательно, не должно облекаться в позорящие или безмерно жестокие формы.” (Бр., Еф. 2003 г.).

Возможно, наши юристы не признают Брокгауза и Ефона. В противном случае, как могла быть произнесена фраза о желательности наказания родственников преступника (ген. прокурор), как могли осудить на 9 лет лишения свободы, но УСЛОВНО, за хищение миллионов бывшим министром юстиции. Ну, это — из области анекдотов.

В России наказание тюремное и раньше сопровождалось либо последующей ссылкой, либо лишением прав, превращаясь в пожизненное, ставя наказуемого навсегда вне общества.

“Я глубоко убежден, что через 50 – 100 лет на пожизненность наших наказаний будут смотреть с тем же недоумением и чувством неловкости, с каким мы теперь смотрим на рвание ноздрей или лишение пальца на левой руке”. (А. П. Чехов, том 10, стр. 25, Собр. соч., 1956 г.).

В большинстве развитых стран политических заключенных нет совсем.

Приступив к изучению каторжного острова, А. П. Чехов составил анкету-опросник для заключен-

ных, ссыльных, свободных или освободившихся (он их переписал всех!). Чехов обошел все сахалинские тюрьмы. Их перенаселенность, страшные полчища клопов можно прочитать и у Чехова, и в книге “До днесъ тяготеет”. Не изменилось ничего.

Пунктуально описан рацион заключенных. “Сахалинский ссыльный, пока состоит на казенном довольствии, получает ежедневно: 3 ф. печеного хлеба, 40 зол. мяса, около 15 зол. крупы и разных приварочных продуктов на 1 копейку, в постный же день мясо заменяется 1 фунтом рыбы.” (стр. 298, там же). Золотник равен примерно 4,2 грамма. Таким образом, не только гибель от голода в царской тюрьме исключалась, не было и серьезных истощений. С цингой боролись с помощью черемши.

Мужчины с политическими статьями в сталинских лагерях Колымы вымирали, практически поголовно — от голода...

О тюремном персонале.

“НАДЗИРАТЕЛИ во время своего дежурства в тюрьме допускают арестантов к картежной игре и сами участвуют в ней; они пьянятся в обществе ссыльных, торгают спиртом. В приказах мы встречаем также буйство, непослушание, крайне дерзкое обращение со старшими в присутствии каторжных и, наконец, побои, наносимые каторжному палкой по голове, последствием чего образовались раны.

Люди грубые, неразвитые, пьянящие и играющие в карты вместе с каторжными, охотно пользующиеся любовью и спиртом каторжных женщин, недисциплинированные, недобросовестные могут иметь авторитет лишь отрицательного свойства. Ссыльное население не уважает их и относится к ним с презрительной небрежностью”. (там же стр. 320).

Изуверами надзирателей делает тюрьма. Дедовщину в нашей армии (в других ее нет) делает армия.

ЖЕНЩИНЫ В ТЮРЬМЕ.

“...в съезжих домах женщины не отделялись от мужчин, да и в других тюрьмах никаких серьезных преград... не существовало. Распутные женщины, нередко заразительно больные, содержались вместе с лишенными свободы за долги. “Бедная девушка, — говорит Венинг, — которая попадет в сие место хоть на одну ночь, должна необходимо потерять всякое чувство добродетели...” (из “Ф. П. Гааз” А. Ф. Кони, 1896 год, стр. 15).

Анализ А. П. Чеховым “женского вопроса”. Нравы на острове — ужасающие. На первых порах каторги каторжанки прямо с парохода отправлялись в дом терпимости. Потом их стали распределять по ссыльным — сожительницами, иногда даже — по богатым каторжникам; отдавали и начальству в качестве прислуки. Но на каторжные работы женщин не посыпали, хотя на остров привозили в основном женщин убийц. Судя по характеру преступности на острове, повторных преступлений у женщин — тяжких уголовниц — не было. Следовательно, смягчение наказания — его

фактическая отмена — никак не способствовало рецидивам преступлений.

Особая проблема — проституция. Дело доходило до торговли малолетними дочерьми, содержания семейного дома терпимости. Вероятно, не последнюю роль тут играл безнадежный женский алкоголизм. Соотношение мужчин и женщин на каторге составляло около 10 : 1.

Здесь же должен быть разобран и “вопрос детей каторги”. Речь идет о бессмысленной жестокости по отношению к будущим гражданам, многие из которых уйдут в преступный мир только по вине безмозглой системы. Так было на Сахалине, так было на Колыме. Что делается сейчас? Надо немедленно в законодательном порядке детям заключенных гарантировать детство: детдомовских отдать желающим взять, в том числе и за рубеж. В Армении не было детдомов никогда, даже после землетрясения.

А вот положение женщины в сталинских лагерях.

“Колымский трамвай” средней тяжести.

“Новость: “Бабы в Бугурчане!” — мгновенно разнеслась по тайге и всполошила ее, как муравейник. Спустя уже час, бросив работу, к клубу стали оживленно стягиваться мужики, сперва только местные, но вскорости и со всей округи, пешком и на моторках — рыбаки, геологи, заготовители пушнины, бригада шахтеров со своим парторгом и даже лагерники, сбежавшие на свой страх с ближнего лесоповала — блатные и воры.

Мужики действовали слаженно и уверенно, со знанием дела: одни отдирали от пола прибитые скамьи и бросали их на сцену, другие нагло заколачивали окна досками, трети прикатили бочонки, расположили их вдоль стены и ведрами таскали в них воду, четвертые принесли спирт и рыбу. Когда всё было закончено,... повалили невольниц на пол, возле каждой выстроилась очередь человек в двенадцать — и началось массовое изнасилование женщин — “колымский трамвай”, явление, нередко возникавшее в сталинские времена и всегда происходившее, как в Бугурчане: под государственным флагом, при повторстве конвоя иластей.

Мертвых женщин оттаскивали за ноги к двери и складывали штабелем у порога; остальных приводили в чувство — отливали водой, — и очередь выстраивалась опять.

И только одной из трех политических... повезло: студентку на все два дня выбрал парторг шахты. Студентке не пришлось ни кричать, ни отбиваться, ни вырываться, как другим, — она была благодарна Богу, что досталась одному.

Этот документальный рассказ я отдаю всем приверженцам Сталина, которые и по сей день не желают верить, что беззакония и садистские расправы их кумир насаждал сознательно. Пусть они хоть на миг представят своих жен, дочерей и сестер среди той бугурчанской штрафбригады, ведь это только случайно

выпало, что там были не они, а мы.” (“Доднесь тяготеет”. 2004 г, том 2, стр. 377 – 379)

ТУБЕРКУЛЕЗ В ТЮРЬМЕ

Туберкулез — тяжелейший бич тюремного населения. Как можно остановить его рост? Прежде всего, надо рассредоточить заключенных в камерах. Это можно сделать за счет уменьшения их числа. Если вдруг в Минюсте сообразят, что название Главного управления исполнения наказания можно изменить (последние два слова) на “исправления наказанных”, то мстительная функция тюрьмы (о ее неэффективности уже говорилось) будет корректироваться. Выпустят огромное количество заключенных, и мы в этом показателе приблизимся к остальному миру (не только “цивилизованному”). Оставшихся больных, в соответствии с законом, надо будет активно лечить по всем правилам соответствующих протоколов...

В России сидит в тюрьме (лагере) либо чуть больше, либо чуть меньше 1 % наших сограждан. А кроме того: одни сидят, другие охраняют, трети передачи носят...

В решении проблемы исправления должен важную роль играть осмотр психиатра при взятии под стражу (наряду с флюорографией). Необходимо вернуться к вопросу о передаче охраны здоровья заключенных в ведение Минздрава.

Другим элементом исправления должен стать дифференцированный подход к содержанию в одном помещении арестантов: по характеру преступлений, по их психическому состоянию.

Вот как выглядит коротко эволюция наказаний за последние столетия. Иван Грозный (из письма А. Курбскому) считал, что царь вправе казнить рабов своих по своему разумению. Петр казнил уже по суду, а рвал ноздри придворным дамам, оставляя их при дворе, по своему усмотрению. Елизавета вообще отменила смертную казнь (кроме военных преступлений). Петр III отменил телесные наказания дворян (“Второе поколение непорочных дворян вышло на Сенатскую площадь”. Натан Эдельман). Российские социал-демократы отменяли смертную казнь. И при всех отступлениях, она считалась мерой крайней. Сейчас на нее наложен мораторий. В 1920 – 1922 годах в нашей стране была проведена коренная ломка николаевской тюрьмы; для семейных выделялись отдельные камеры, днем камеры были открыты и заключенные общались между собой, для регулирования бытовых проблем выбирались (а не назначались) старосты, передачи с воли не ограничивались, равно как и пользование библиотекой, при обоснованной необходимости заключенных отпускали на короткий срок домой. Тюрьма была превращена в изолятор с исключением фактора мести.

На протяжении долгого времени следственное производство считало “царицей доказательства” — признание обвиняемым своей вины, Петр I для этого использовал дыбу, раскаленное железо, а для упира-

шихся присыпал попа выпытывать словом то, что дыба не могла. Если и поп не дознался, то подследственный не виноват. То же самое с декабристами проделывал Николай I, а Сталин — с политическими (“подсадная утка”, “наседка”, “стукач”, “добрый” и “злой” следователь).

Сегодня для получения признания надевают целофановый мешок на голову — душат, или по старинке — забивают. Необходим строжайший закон, запрещающий считать признание достаточным для обвинения. До тех пор, пока признание заключенного будет считаться доказательством его вины, пыточный характер тюрем не умрет. Будут и дальше жить наши страшные СИЗО — следственные изоляторы, где подозреваемого держат годами. И никто не отвечает за ошибочное пребывание в тюрьме. Выпустив из тюрьм и лагерей жертв сталинизма, выплатив им двухмесячную зарплату по последней работе, выдав справку о прекращении дела за отсутствием состава преступления, власть проблему закрыла. Освобожденные благословляли власть. Всё рассказанное — в прошлом? Безвозвратном?

Тезис о нехватке денег для реформы тюремы надо отмечать решительно и без обсуждения, поскольку не используется главный экономический рычаг — сокращение числа арестантов. Да и денег в стране, неиспользуемых денег — избыток.

И все-таки медленно, зигзагами, эволюция морали имеет место.

Что же изменилось на протяжении истории? **Исчезло людоедство. Изжито кровосмешение** (Нерон не считал предосудительным насиливать родную мать). Иудаизм реально запретил гомосексуализм. Христианство, по крайней мере, не делало его легальным. В Европе отменена смертная казнь. Во многих странах признание подследственного не является доказательством его вины, а следовательно, уходят и пытки на следствии. Месть, лжесвидетельство, международный грабеж (контрабанды) либо отвергаются законом, либо осуждаются обществом.

В научном обществе невозможно обсуждать какое-то особое происхождение человека вне эволюции, не по прямой от наших человекообразных предков. В детстве Антон Павлович Чехов пел в церковном хоре, но подчеркивал, что он — атеист.

Поэтому надо ясно сказать: назрел научный вопрос по тюрьме. Та тюрьма, что живет повсеместно, сегодня исправно плодит преступников, повышая квалификацию начинающих. Нужен новый подход, намеченный еще А. П. Чеховым: как можно раньше расконвоировать, стремясь не к мести и наказанию, а к исправлению.

Выводы:

- Поскольку арестанты являются гражданами страны, охрана их здоровья должна соответствовать конституционной норме и ее следует передать в Минздрав.

2. Дети арестованных не должны быть ущемлены в своих правах, не должны страдать недоразвитием мозга из-за безмозглости системы их воспитания в тюрьме.

3. Только из-за неупорядоченности лечения и предупреждения тюремного туберкулеза Россия, а затем и остальной мир, получат совершенно новый устойчивый к антибиотикам туберкулез (его “победное” шествие уже началось).

4. Безрезультативность долгих сроков изоляции (наказания как мести за содеянное) — ни увеличение сроков, ни жестокость содержания под стражей не снижают ни количества, ни тяжести преступлений.

5. Для защиты общества от опасных преступлений необходима тщательная дифференциация не только характера преступлений, но и личности преступника, для чего необходим осмотр врачом каждого из них (по крайней мере — воров, участников разбойных действий, убийц) наряду с обязательной флюорографией, анализом крови, мочи.

6. Современная российская тюрьма является рассадником и местом воспитания преступников, местом повышения их уголовной квалификации, одновременно являясь местом появления и развития изуверских наклонностей тюремного персонала, как это было и в XIX, и в XX веках (наша тюрьма плодит преступников по обе стороны “Зоны”).

7. Важнейшим условием сокращения преступности в России должна стать систематическая предельно открытая борьба за изменение морального климата: запрет на пропаганду насилия, как средства разрешения конфликтов, ликвидация националистических группировок и пропаганда расовой нетерпимости, запрет на рекламу табака и алкоголя (включая пиво), изъятие с телеэкрана разлагающей нравы продукции (типа боевиков из Голливуда или подражания Голливуду).

8. Срочно разработать законодательные акты, позволяющие убрать экономических преступников из тюрем.

От редактора. Большая аудитория Анатомического корпуса Российской медицинской академии на Моховой 24 октября 2004 г. была до отказа заполнена врачами, студентами, правозащитниками, пришедшими на лекцию академика РАМН Андрея Ивановича Воробьева, — “Научное наследие Антона Павловича Чехова — “Остров Сахалин”. Было приятно видеть в зале не только членов НПА России, но и проф. А. С. Тиганова.

К сожалению, недостаток места не позволил привести доклад А. И. полностью, пришлось опустить даже большой генетический раздел.

Мрачную трагическую ноту в драматическую тему доклада вносила густая испещренность всех скамеек большого амфитеатра свастиками и матерным слэнгом. Это паутина только усиливалась высокое гуманистическое звучание доклада, слова которого — “Место врача — в тюрьме” — вызвали дружную горячую поддержку.

Можно порадоваться, что и в наше время в профессиональном сообществе врачей немало тех, кто сохраняет достойные традиции гуманного отношения к больным, кто бы и где бы они не были. Присутствующие воздали должное и самому докладчику — замечательному врачу, человеку и гражданину. Такого министра здравоохранения уже не будет.

Роль тюрьмы, тюремного населения, а вместе с тем и тюремной медицины, огромна. Это главный рассадник не только злокачественных и устойчивых форм туберкулеза, не только коллектор психически больных (10–30 %), это очаг душевного разращения народа: в тюрьме, лагере в первую очередь целенаправленно стараются сломить, уничтожить личность человека, особенно если эти личности выделяются. Это очаг особой попкультуры и того менталитета, который отличает наше отчество, его инертность, его рабский дух.

“Остров Сахалин” — не художественное, а во всех отношениях выдающееся научное произведение, где глаз врача-писателя увидел сущностное, воплотил феноменологический подход в отношении катарги. То, что А. П. Чехов не получил за этот научный подвиг докторскую степень, — лицо тогдашнего официоза, который идеализируется, благодаря звериному оскалу нынешнего.

Барьеры и фильтры мозга (патологоанатомический аспект)

А. И. Ойфа

Ведущим на пути ограждения мозга от патологических воздействий сомы является гематоэнцефалический барьер (ГЭБ) Л. С. Штерн. Основополагающим экспериментом является - введение в ушную вену раствора трепановой сини: окрашиваются все органы и ткани, кроме мозга и яичек. Тоже подтверждает желтуха - мозг не окрашивается (только злокачественная желтуха новорожденных захватывает и мозг). В студенчестве этот классический эксперимент показала нам академик Л. С. Штерн. Когда аудитория потребовала морфологического субстрата барьера, профессор не была столь убедительна, но как показало развитие науки - безупречна: "Это сосуды", — сказала она как-то нехотя, вынужденно.

Было это в 1947 г., на лекции по физиологии студентам 2 МГМИ (еще без "персоналий"). Да, мозг снабжается и очищается дренажом сосудистой сети, артериальной и венозной. Но обеспечивается это не столько сосудами, но главным образом, капиллярами, их артериальным и венозным коленами. Последние можно различить (условно) под микроскопом лишь тогда, когда видна петля этих сосудистых структурных подразделений. Причем, по своему гистологическому строению они идентичны капиллярам всех органов и светооптически и ультраструктурно.

Электронномикроскопически капилляры мозга помимо эндотелиальной клетки еще и окружены 2-мя слоями базальной мембранны, где между наружным и внутренним ее слоями расположены перициты. С поверхности к ним изредка прилежат клетки Ортега, мезоглия. Три типа клеток — эндотелиальная, перицит и микроглия — ультраструктурно не выявляются, имеют резко гиперхромное ядро, вытянутое и с нечеткими контурами цитоплазмы, светооптически отросчатой. Эти клетки относятся к реактивным структурам. Эти образования крайне устойчивы, особенно базальная мембрана, но клетки микроглии чрезвычайно лабильны при аутолизе, когда, прежде всего, фрагментируются их отростки. Капиллярный барьер окружен сосудистыми "присосками", или ножками астроцитов. Это было видно и светооптически, но ультраструктура показала, что отростки астроцитов буквально блокируют капилляр со всех сторон. Самое важное, что сосудистые ножки астроцитов окружают и

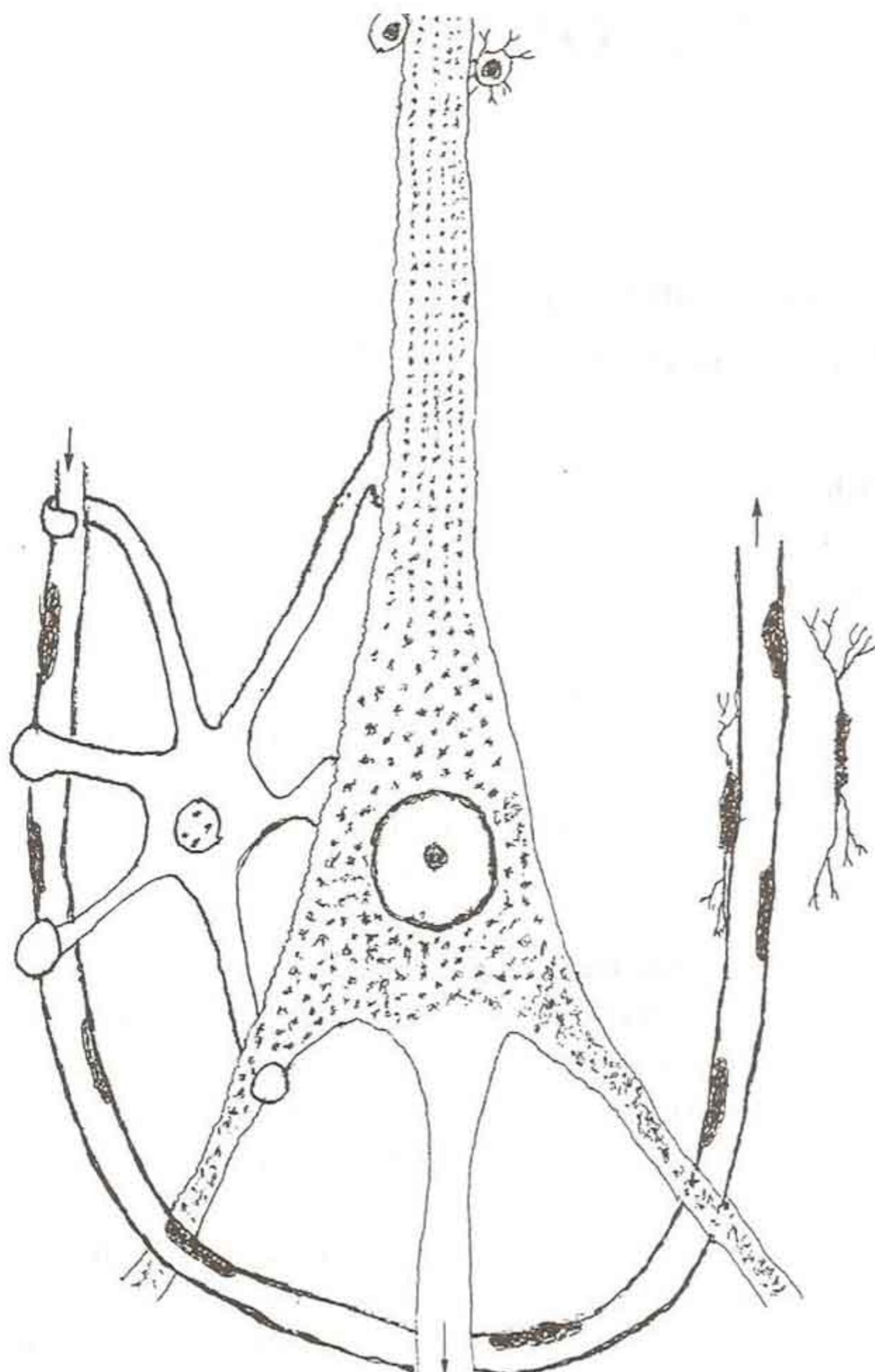
нейроны, т.е. часть отростков идет к капилляру, а другие к нейрону. Причем, сосудистые и нейрональные ножки фактически пусты. Органеллы астроцитов скучны. Светооптически это называют "перицеллюлярным отеком". Только ядро макроглии светлое, но с множеством ядрышек. Создается впечатление, что астроцит это "насос" интерстициального ликвора от капилляра к нейрону, или обратно — от нейрона к венозному колену капилляра.

Итак, структуры ГЭБ представлены: 1) эндотелиальной клеткой капилляра, 2) 2-мя слоями базальной мембранны, 3) заключенными между последними перицитами, 4) свободными клетками Ортега (изредка), 5) ножками астроцитов.

Особо надо сказать об олигодендроглиоцитах, самой многочисленной глии мозга. В сером веществе ее относительно мало. Основная масса ее расположена в белом веществе, где ее называют интерфасцикулярной. Среди цитоархитектоники коры олиоциты являются сателлитами нейронов. Это особенно часто встречается в старости, вплоть до микрогранулем. Среди них встречаются т.н. "дренажные" клетки — гиперхромное ядро и пустая, пузырковидная цитоплазма. В белом веществе они сливаются между собой, образуя подобие трубочки — "дренаж" (см. рисунок).

Многое здесь описанное хорошо известно светооптически, но часть это ультраструктурные достижения, например, базальная мембрана капилляров. Однако, между ее слоями происходит нечто совершенно неясное. Так в межмембранным пространстве иногда выявляются ультрафибриллы неясного генеза и принадлежности.

Сказанное не исчерпывается тема барьеров мозга. Отростки астроцитов между нейронами и капиллярами это уже гемато-ликворный барьер. Нейроонкология мозга дает нам совершенно особенный ракурс роли астроцитов. Речь идет о мультиформной спонгиобластоме. На границе с неповрежденной мозговой тканью образуется мощный многослойный барьер из клеток отросчатых, фибриллярных астроцитов, причем, по-видимому, путем амитоза, т.к. фигур митоза не видно. Никакой связи с сосудами не определяется. Вот пример ликворо-ликворного барьера (ЛЛБ). Такой отгороженности сенильных шариков (бляшек),



Схемы барьеров мозга по G. Rancurel, 1979 // La Vie médicale, v 60, N 20, 1655.

нанизанных на капилляры серого вещества мозга, не наблюдается. Объясняется это тем, что гликопротеид — амилоид не является “чужим” образованием, а формируется за ГЭБ:

До сих пор мы занимались микроликвом, сейчас следует заняться макроликвом, тем, что видно глазом, визуально. Это ликвор лептоменингса и желудочков. Общепринято, что сосудистые сплетения “вырабатывают” ликвор. Представляется, что здесь проницаемость в обе стороны, иначе трудно себе представить баланс, сохраняющий стабильное содержание ликвора желудочков. При сообщающейся водянке мозга количество ликвора повышенено, как и при блокаде сильвиева водопровода — ликвор нарастает, а отток нарушается. Объяснить это блокадой можно, но сенильная гидроцефалия сопровождается образованием колец Бионди в ворсинках сосудистого спле-

тения. Блокада? Да. Но интерстициальная гидроцефалия может говорить, что нарушен отток ликвора от мозга, даже из пахионовых грануляций (фильтр). Вопрос плохо разработан, попросту мало исследован.

Все сказанное — это распределение жидкости (воды) в мозге. Мы исходим из 2-х положений: ликвор можно разделить на макро- и микроликвор (интерстициальный). Первый вырабатывается сосудистыми сплетениями, а второй — капиллярами. Первый относится к ликворо-ликворному барьеру (ЛЛБ), второй — гемато-ликворный барьер (ГЛБ). А ГЭБ структурно связан со структурами капилляров. Неясным остается формирование сообщающейся внутренней водянки в старости. Возможно, что источники ликвора блокируются амилоидом колец Бионди, которые окружают клетки эпендимы, как камень в перстне (П. Диври, 1939). Это “эксперимент руками” патологии мозга.

На примере младенческого мозга отчетливо видно, что его ткань перенасыщена жидкостью, которую можно сравнить с киселем. Ткань взрослого мозга тоже, не в пример любому внутреннему органу, богата жидкостью, но она строго распределена, прежде всего, по астроцитарной глии. Связанная и свободная (объемная, Гамалей И. А. и др. “Свойства клеточной воды”, Цитология, 1977, № 12, с. 1309 – 1326) клеточная и внеклеточная вода (ликвор) мозга извлеченная при дегидратации и делипидации кусочков создает достаточно артефактную картину. В какой мере микроскопические и особенно ультраструктурные картины отражают действительные, реальные положения могут решить лишь патологические нарушения ликвородинамики (отек мозга) и... воображение исследователя, воссоздающего истинные взаиморасположения структур мозга и в первую очередь астроцитов и их “ножек”.

Интенсивный обмен мозга нуждается в достаточном притоке и оттоке воды, — дренаже обеспеченном избирательными фильтрами, барьерами для растворенных в крови веществ и метаболитов. Невозможно достигнуть совершенного созерцания, если не видеть нормального и патологического в их постоянном взаимодействии и смешении в направлении друг к другу (Гете).

P.S. Молекулярная биология в лице мембранологии показала новый уровень строения клеточных и энцефалических барьеров. Однако они совершенно неспецифичны. То, что известно о барьерах мозга не может быть снято двойной клеточной мембраной, поскольку они едины в своей молекулярной структуре в разных органах.

О роли клиницизма и клиническом уровне врача

Беседа А. Ю. Магалифа со студентами кружка по психиатрии МГМУ

Я решил поговорить о роли клиницизма в нашей дисциплине. В широком смысле это важно для врача любой специальности, но для психиатра особенно. Многие считают психиатрию аморфной дисциплиной, основанной в основном на интуиции, однако это совсем не так. Например, профессор Г. Я. Авруцкий, один из основателей отечественной психофармакологии, любил повторять, что психиатрия — наука точная. Я приведу вам два примера из практики врача-психиатра и научного работника, и вам будет многое понятно.

Смоделируем некую ситуацию: вы — врач-психиатр в остром отделении больницы. Перед вами лежит новая история болезни. Больного вы еще не видели. В путевке говорится, что больной возбужден, агрессивен, контакт с ним затруднен. Анамнеза нет. Вы приглашаете к себе пациента. Открывается дверь, входит больной. Этот момент, когда он прошел от двери до стола, может быть очень информативным. Больной нерешительно вошел, озирается по сторонам. Вы замечаете, что его внимание занимает абсолютно все: любое движение, любой звук. Он не понимает обстановки, не знает, кто сидит за столом, что за бумаги лежат на столе, кто тут еще есть в кабинете. Он обращает внимание на все, переключается мгновенно. Вы приглашаете его присесть. Он садится, но продолжает оглядываться, прислушиваться. Что это за состояние? Это состояние называется растерянностью или аффектом недоумения. Оно обусловлено выраженной дезорганизацией мышления. Он не может выделить главное из общего фона. Для него все является главным. Как только вы это обнаруживаете, то понимаете, что перед вами больной в остром состоянии. Поэтому вы начинаете беседу с оценки его ориентации в собственной личности, времени и месте. Он может долго не отвечать, смотреть в пол, по сторонам. Наконец скажет, что не знает, где находится: возможно, это больница, а возможно, и нет. Дальше выясняется, что это какой-то центр, но что это за центр, кого здесь готовят, он не знает. Вы ему подсказываете некоторые варианты. Выясняется, что здесь готовят особых разведчиков, а он — возможно, главный разведчик. Понятно, что у него имеется фантастический бред. Такой бред не может быть первичным, бредом толкования, интерпретативным бредом, а только чувственным, бредом особого значения. Вам нужно узнать, есть ли у него бред интерметаморфозы, бред инсценировки, и вы его спрашиваете, не кажется ли ему, что вокруг него разыгрывается какая-то спектакль? Он соглашается: «Да, разыгрывают». При бреде

инсценировки возможен феномен бредовой централизации, когда больной ощущает себя в центре всеобщего внимания. Вы его об этом спрашиваете и он подтверждает. При остром чувственном бреде может быть феномен ложного узнавания: положительного или отрицательного двойника. Поэтому вы спрашиваете, есть ли тут его знакомые? — «*Есть несколько человек*». — «А кто конкретно?» — «*Дядя Вася*» — «А почему он здесь?» — «*Не знаю, возможно наблюдает за мной*» — «*С какой целью?*» — «*Не знаю*». Острота чувственного бреда часто определяется его диффузностью: все смотрят, все говорят. Часто наблюдается феномен так наз. иллюзорного галлюцинации, когда больной в речи окружающих слышит слова, обращенные к нему. Даже по радио и телевидению могут «говорить» о нем, «намекать» на его жизнь. Все это необходимо у него спросить. Вы знаете, что острый чувственный бред базируется на измененном аффекте, который окрашивает бред, влияет на его тематику. При преобладании маниакального аффекта будет маниакально-бредовое состояние, возможно, с экспансивным фантастическим бредом, бредом благожелательного отношения. Больному кажется, что его все одобряют, выдвигают, намекают на великое будущее и пр. При депрессивном аффекте, наоборот, все презирают, говорят гадости, называют шпионом, сиphilитиком, преступником, угрожают тюрьмой. При смешанном аффекте возможен антагонистический бред: часть окружающих за больного, часть — против. Все соответствующие вопросы вы зададите своему больному. Конечно, выясните, есть ли у него истинные и псевдогаллюцинации.

В процессе беседы вы заметите, что больной стал более доступен, он немного успокоился, понял, что вы хорошо разбираетесь в его состоянии. Определив структуру синдрома, можно перейти к анамнезу. Вначале узнать, когда возник приступ? Зная стереотип развития такого синдрома, можно заранее сказать, что все началось с расстройств сна и настроения. Поэтому вопросы задаются целенаправленно: «Сколько дней Вы не спите?» — «*Три*». — «Когда у Вас резко изменилось настроение?» — «*Неделю тому назад*». Вы знаете, что аффективно-бредовое состояние предполагает наличие в анамнезе эндогенных расстройств настроения. Поэтому при сборе анамнеза у больного и его родственников выделите особое внимание этому вопросу. Что будет с больным, если задержать его лечение? Зная последовательность развития такого приступа, можно предположить, что он трансформируется в

острую парофрению. Тогда возникнут фантастические, возможно, мегаломанические бредовые идеи. Больной решит, что находится в самом главном разведовательном центре, а сам он — разведчик мирового масштаба. Затем все перейдет в онейроидную кататонию — кульминацию развития такого приступа.

Подобное острое состояние обычно хорошо поддается лечению разными нейролептиками с выраженным антипсихотическим действием: галоперидолом, рисполептом, трифтазином и пр. Однако, зная стереотип обратного развития такого приступа, вы можете предположить, что закончится он депрессией. Поэтому потребуется использование антидепрессантов для выведения больного в полную ремиссию.

Итак, по одному симптуму — растерянности, который вы заметили, когда больной вошел в ваш кабинет, вы “размотали” весь синдром, установили закономерность развития болезни, назначили правильную терапию. Это пример значения знания психопатологии, клиники в практической работе. Теперь пример значения того же в научном исследовании.

Сейчас часто говорят о кризисе в психиатрии, о том, что, если не считать достижений в психофармакологии, то нет прорыва в этой науке. В целом это справедливо. Психиатрия — наука описательная, феноменологическая. Основное из того, что мы знаем сейчас, знали классики почти 100 лет тому назад, а все последние десятилетия мы занимаемся уточнением классификаций, симптомокомплексов и синдромов. Конечно, все это необходимо, однако нужны и современные клинико-биологические исследования. Только они способны продвинуть понимание биологической сущности психических заболеваний. Главным тормозом в этом является отсутствие методических подходов из-за исключительной сложности головного мозга. Однако и те методики, которые давно используются, тоже часто не дают нужного результата. И причиной этого является нестыковка клинических и лабораторных исследований. Представим себе, что планируется клинико-лабораторное исследование, например, клинико-биохимическое или клинико-электрофизиологическое с целью найти некий биологический маркер данного психического расстройства. Ставится, так сказать, клинический эксперимент в котором принимают участие клиницист, биохимик или электрофизиолог. Объектом изучения выбираются больные параноидной шизофренией. Продумываются все методические детали исследования, что само по себе является очень сложным в условиях лечебного процесса. На сбор научного материала и его обработку затрачивается очень много времени. В конце концов выясняется, что при анализе результатов имеется ряд ошибок, сводящих на нет все исследование. Что же произошло? А произошло то, что клиницист изначально неправильно оценил состояние больных, включив в исследованную группу другие варианты шизофрении. Естественно, что все полученные данные не могут быть достоверными.

Вопрос: при каких условиях возможен продуктивный tandem психиатра с биохимиком, электрофизиологом?

По собственному опыту могу сказать, что оптимальным является создание научной группы под единым руководством, которая постоянно, пошагово оценивает динамику состояния больного и совместно обсуждает результаты.

Вопрос: можно ли соблюсти этические принципы при клиническом испытании психотропных препаратов?

Очень трудно, порой невозможно. Если испытание проводится правильно, то оно должно быть приближено методически к клинико-фармакологическому эксперименту. Совместить это с лечебным процессом весьма сложно. Например, больной не спит, а ему нельзя давать снотворные, у него тревожное состояние, а по условиям эксперимента необходимо назначить препарат со стимулирующим действием. Всегда будут противоречия.

Вопрос: Какое значение имеет анамнез?

Правильно собранный анамнез дает представление о наследственности, начале болезни, ее развитии, личности больного, его адаптационных возможностях, прогнозе. Психиатрический анамнез особый: в нем нет разделения на анамнез жизни, болезни, трудовой анамнез, поскольку все взаимосвязано, все характеризует развитие болезни. Иногда читаешь анамнез размером с роман, все очень интересно, но ничего не понятно. А иногда читаешь выписку из истории болезни на страницу, и все понятно. Надо писать так, чтобы все события жизни больного, все особенности его развития отражали изменения его психики, как в периоде здоровья, так и во время появившейся болезни.

Вопрос: порой приходится читать выписки из историй болезни из некоторых наших и зарубежных больниц. Испытываешь разочарование: то слишком мало информации, то, наоборот, доктор пускается в полемику с бредовыми переживаниями больного, все, так сказать, психологизирует. Наверное, должна быть золотая середина?

Конечно. Выписки нельзя писать терминами: больной испытывает такой-то бред или такие-то галлюцинации. Это уже интерпретация врача, она может быть и неверной. Надо коротко, но точно описать психические расстройства так, чтобы другому врачу было бы все понятно.

В заключении скажу следующее. С первых месяцев работы в психиатрии и на протяжении многих лет мне приходилось практиковать в острых и санаторных отделениях, дежурить в больнице и на скорой психиатрической помощи, консультировать в соматических стационарах и поликлиниках, ездить по частным больным, вести научную работу. Могу дать совет будущим психиатрам: не пренебрегайте возможностью работать где бы то ни было, не считайте, что вам не повезло, если вы вдруг оказались не в том месте, где бы вам хотелось. Все, что касается вашей профессии, пойдет в копилку вашего опыта, вы не будете односторонними специалистами.

По поводу статьи М. Л. Рохлиной и А. А. Козлова “Изменения личности у больных опийной наркоманией”¹

Статья привлекла мое внимание не только детальным исследованием и анализом изменений личности у больных опийной наркоманией, что само по себе является актуальным, но и тем, что в ней, несмотря на ее конкретную, обозначенную в названии тематику, авторы невольно подняли вопросы, имеющие большое значение для теории и практики психиатрии и наркологии.

Так, в статье показано, что в картине психопатологических проявлений, наблюдающихся у больных опийной наркоманией, заметное место занимает органическая составляющая. На фоне происходящего в последние годы значительного снижения интереса специалистов к проблеме органической патологии это лишний раз свидетельствует о негативной роли такого рода тенденции для психиатрии. Отмеченная тенденция проявляется существенным уменьшением числа публикаций по данной проблеме, переходом от клинических характеристик органических форм патологии к их статистическим оценкам. Между тем, как следует из ряда работ и результатов наших исследований, органические психические расстройства являются наиболее распространенными в общей структуре психических нарушений, выявляющихся как в общей популяции, так и имеющихся у пациентов психиатрических и наркологических учреждений. Причем актуальность проблемы органической патологии определяется не только числом больных, страдающих ей, но и значительной инвалидацией больных, а также высоким уровнем их асоциальности и агрессивности. На асоциальность и конфликтность таких больных обращают внимание и авторы статьи.

Важно также и то, что описывая у исследованных больных органические расстройства, авторы обращаются к понятию “психоорганический синдром” и рассматривают не только становление в психиатрии представлений о нем и о его клинических границах, но и его проявления, звучание психоорганической симптоматики у наблюдавшихся больных. Хочу подчеркнуть, что именно психоорганическая симптоматика, как это следует из статьи, является основным, ведущим выражением клинической психопатологической картины органического поражения головного мозга у изученных пациентов.

Говоря о значении привлечения авторами статьи понятия “психоорганический синдром”, я исхожу из того, что это понятие, существующее в психиатрии много де-

сятилетий², стало в последние годы (в значительной мере в связи с введением МКБ-10, где ему не нашлось специальной рубрики) либо вовсе исчезать из психиатрического словаря, либо размываться, разделяясь на отдельные, составляющие его проявления.

Отражение подобного разделения обнаруживается в предлагаемых в МКБ-10 обозначениях самостоятельных рубрик, таких как “Органическое эмоционально лабильное (астеническое) расстройство”, “Легкое когнитивное расстройство”, “Органическое расстройство личности”, являющихся, по сути дела, составными частями психоорганического синдрома в том его виде, как он характеризуется многими известными специалистами.

Будучи официальным документом, эта классификация фактически заставляет врача искусственно делить имеющееся у больного единое психопатологическое состояние, что нередко приводит к неполной, фрагментарной диагностике, не способствующей корректной и эффективной терапии.

И еще один момент. В психиатрии (наркологии) существуют противоречивые представления о возможности органических поражений головного мозга психоактивными веществами. К примеру, во многих руководствах имеются аксиоматические утверждения об органических поражениях у больных в результате алкогольной интоксикации, а наши специальные исследования не подтверждают этой позиции. Авторы рассматриваемой статьи обращают внимание на имеющиеся в литературе противоположные точки зрения относительно развития органической симптоматики у лиц, страдающих опийной наркоманией. И здесь важно, что на основании проведенного исследования они сами достаточно убедительно разрешают это противоречие, показав, что органические расстройства достоверно чаще развиваются у больных, злоупотребляющих самодельными опиатами.

Именно в отмеченном авторами факте, что это самодельные опиаты, и усматривается один из важных аргументов в решении обозначенного выше вопроса о роли психоактивных веществ в формировании органических поражений головного мозга у лиц с болезнями зависимости. Самодельные препараты содержат помимо основного действующего наркотика и другие ингредиенты, которые могут быть весьма токсичными, в силу чего не столько сам наркотик, сколько сопутствующие ему вещества,

¹ См. НПЖ 2004, № 2.

² Многие авторы, в том числе рассматриваемой статьи, формирование представлений об этом синдроме связывают с именем E. Bleuler (1916). Однако мне известны указания (Klun B., 1969), что впервые психоорганический синдром описал Erichsen в 1886 г.

вызывают органические поражения головного мозга у больных с разными формами химической зависимости.

Приведенные авторами статьи данные в значительной степени согласуются с результатами наших исследований. Так, много лет назад мной наблюдалась больная, длительное время страдавшая морфинной наркоманией. Ее суточная доза составляла 420 мг морфина (42,0 мл 1% вещества в/в). Это был ампулированный, производившийся для медицинских целей препарат, который она в силу ряда обстоятельств могла довольно легко приобретать. Больная была социально адаптирована, работала, имела семью. У нее не выявлялось признаков органической мозговой патологии.

При исследовании большого числа больных алкоголизмом (682 человека) нами было установлено, что признаки органических заболеваний головного мозга выявляются достоверно чаще у тех, кто в прошлом перенес дополнительные патогенные воздействия (травмы головы, интоксикации, нейроинфекции) по сравнению с теми, у кого таких воздействий не отмечалось (71,2 % и 35,7 % в названных группах соответственно).

В начале 1970-х годов Правительство СССР в целях оздоровления населения под лозунгом борьбы с пьянством и алкоголизмом, основываясь на абсурдной идеи о том, что алкоголизм развивается преимущественно при приеме крепких спиртных напитков, провозгласило курс

на обеспечение потребителей вином и пивом, существенно повысив при этом цены на высокоградусную продукцию. В результате, торговая сеть стала наполняться дешевыми низкокачественными фруктовыми и ягодными винами местного производства. Они нередко давали токсический эффект и утяжеляли течение алкоголизма. В частности, именно в тот период заметно увеличилось число больных Корсаковским психозом. Сходная ситуация существует и в современной России.

Используя данные, полученные авторами рассматриваемой статьи, а также приводя сведения из собственных наблюдений, для утверждения положения о том, что органические поражения головного мозга у лиц, страдающих болезнями зависимости, развиваются в значительной мере не в связи с действием наркотических веществ или этилового алкоголя, а в результате патогенного эффекта сопутствующих им ингредиентов или в результате дополнительных патогенных воздействий, я не призываю тем самым к легализации оборота "чистых" наркотиков или ко всеобщей алкоголизации. Моя цель — лишь раз подчеркнуть необходимость учета этого положения в исследовательской работе и в повседневной врачебной практике, что далеко не всегда принимается во внимание.

Проф. Б. Н. Пивень (Барнаул)

Письмо протesta в отношении бесцеремонности современного российского ТВ

В редакцию программы
"ВРЕМЕЧКО"

Считаю необходимым выразить протест против принципиального искажения моей точки зрения, представленной в программе 22 октября 2004 г., в сюжете посвященном выставке фотографий специально умерщвленных животных — авторство некоей шведской художницы-фотографа.

В единственной фразе моего выступления с экрана было сказано, что в данном случае речь идет о психическом заболевании автора изображений.

Дело не в сокращениях, конечно же неизбежных и не в грубом монтаже визуально-звукового образа.

В своем комментарии, изложенном дважды — по телефону, в ответ на предложение выступить и повторенном перед объективом, я подчеркнул, что недопустимо и невозможно выносить диагностическое заключение в отсутствие обследуемого, что диагноз есть врачебная тайна и что по одному поступку неправомерно делать серьезные обобщения. Можно лишь размышлять о природе поступка, о смысле ситуации. Сама возможность этого разговора, внимание общества к породившему его факту — признание того, что подобные события, экспозиции выходят за рамки, так сказать, естественно присущих человеку поступков. Действительно, акция такого

рода может быть порождена определенными психическими отклонениями, но с не меньшей вероятностью она может воплощать социальный стереотип агрессивности, столь распространяемый, даже одобряемый и поощляемый в наши дни.

Рекомендовать автору подобных произведений обратиться к психиатру допустимо лишь (и прежде всего) в случае, если у него самого возникает подобный запрос, если ему потребуется совет, то есть в случае, когда переживания, связанные с творчеством этого плана, являются для него — автора — некоей психологической проблемой.

Считаю манипуляцию, произведенную с моей точки зрения, злоупотреблением психиатрией со стороны общества. Будучи несопоставимой по масштабу и трагизму событий, она по нравственной своей сути стоит в том же ряду, что перипетии с делом Буданова, психиатрически-психотерапевтические интерпретации феномена терроризма и нетрадиционных религиозных практик, тенденциозность официальных структур по отношению к Независимой психиатрической ассоциации.

Психиатрия — гуманистическая наука, имеющая целью помочь страдающим людям, а не средство устрашения и подавления непокорных и невежественных.

Б. А. Воскресенский

2 ноября 2004 г.

Рабский дух в ответственный момент — дорога к деградации

5 – 7 октября 2004 г. в Москве состоялась конференция “Современные тенденции организации психиатрической помощи: клинические и социальные аспекты”, объединенная с Совещанием главных психиатров и наркологов, руководителей учреждений, оказывающих психиатрическую помощь, и Пленумом Правления Российской общества психиатров.

Эти три ответственные собрания наших ведущих психиатров проходили спустя месяц после объявления катастрофической для службы психиатрической помощи реформы реструктуризации здравоохранения, естественно вызвавшей во всем профессиональном сообществе резко отрицательное отношение. Собственно, это отношение можно было даже рассматривать как проявление профессионализма, так как наш профессионализм немыслим без заботы о больных. Между тем, реформа, отказывающаяся от всех прежних гарантий достойного уровня помощи, спускающая ответственность за финансирование психиатрической службы с федерального на региональный уровень, где в большинстве случаев средств нет, исходила из единственного принципа максимальной экономии средств, совершенно не считаясь ни с организационными разработками самого Минздрава, ни со спецификой психиатрии, ни с гуманными принципами. На Парламентских слушаниях приветствовали реформу лишь наиболее высокопоставленные чиновники центрального и регионального министерств. Подавляющее большинство высказалось решительно против. Однако на этот раз публично отрицательное отношение и соответствующий протест прозвучали только в выступлении не обремененного административными постами д-ра Ю. С. Савенко. Выслушанное всеми сочувственно, оно все же осталось “гласом вопиющего в пустыне”. Раскаленная проблематика текущего момента, буквально взывающая о помощи, грубо контрастировала со спокойным журчанием выступлений на другие темы даже на пленарном заседании словно ни о чем не ведающих руководителей психиатрической службы. Все они, даже самые боевые, отнеслись к реформе как к стихийному бедствию, против которого бессмысленно протестовать.

Как это контрастирует с выводами современной западной социологии, которая в последнее время еще в большей мере чем прежде подчеркнула решающую

роль личного фактора. От активной позиции “человека действующего” зависит претворение в действительность всего, чем мы дорожим.

Что это: рабский дух или интуиция? Скорее всего, это не альтернатива, а прогноз, удостоверяющий этот рабский дух. Таково типовое конструирование социальной реальности в современной России. В самом деле, преступное пренебрежение к психически больным и психиатрической службе, к здравоохранению, науке и образованию в целом, принимается безропотно, хотя с этим связано будущее страны.

Основная проблема, как организовать действенный протест против примитивного понимания безопасности, как защитить законное право на жизнь и здоровье самой уязвимой категории населения, которую мы призваны защищать в силу своей профессии, откровенно и старательно избегалась устроителями конференции. Но ретроградные тенденции активно прозвучали в выступлении проф. В. П. Котова из Центра им. Сербского. Снова и снова выражал проф. Котов свое недоумение по поводу общественного возмущения поправками в закон о психиатрической помощи, грубо попирающими права психически больных, снова счел возможным снять ключевое определение “непосредственная” в наиболее фундаментальном условии немедленной госпитализации — “непосредственной опасности”. На что тут же последовало предложение акад. Т. Б. Дмитриевой — “так подайте снова все эти предложения в Думу”. Мы видим, как демократические завоевания Закона о психиатрической помощи постоянно находятся под угрозой и постоянно требуют от всех нас активной позиции, какую проявил на этой конференции только проф. Г. Н. Носачев (Самара).

Государственный Центр социальной и судебной психиатрии им. Сербского снова продемонстрировал свою полицейскую сущность: вместо защиты психически больных, как самой уязвимой в правовом отношении категории граждан, — защита от психически больных. Это и есть использование психиатрии в немедицинских целях. Очередным венцом этих усилий явилась инициированная Центром им. Сербского конференция о “тоталитарных сектах” под эгидой Российской АМН.

Визит делегации из США

5 октября 2004 г. по предварительной договоренности НПА России посетила представительная делегация коллег из США (16 человек) во главе с недавним президентом Американской психиатрической ассоциации Алланом Тасманом (Allan Tasman).

Во встрече со стороны НПА России кроме д-ра Ю. С. Савенко приняли участие вице-президент Ассоциации проф. Б. Н. Пивень (Барнаул), Ю. Н. Аргунова, Л. Н. Виноградова, С. М. Курбанов, В. Н. Прокудин, Н. В. Спиридонова. Обстоятельное знакомство с деятельностью Ассоциации сопровождалось

живой заинтересованной беседой, в центре которой было фактическое уничтожение независимой экспертизы и попытка внести серьезные ухудшения в закон о психиатрической помощи. Гости преподнесли сертификат признания заслуг НПА России в деле российско-американского взаимопонимания.

Вечером они устроили торжественный прием для руководителей обеих российских психиатрических организаций — РОП и НПА России, на котором были проф. В. Н. Краснов, д-р Ю. С. Савенко и проф. Б. Н. Пивень.

Конгресс Всемирной психиатрической ассоциации во Флоренции

10 – 13 ноября во флорентийском конгресс-холле, в крепости да Бассо проходил международный конгресс ВПА “Лечение в психиатрии: новые подходы”, на котором психиатры из 120 стран обсудили проблемы терапии во всех ее многочисленных аспектах. Помимо пленарных заседаний было проведено 76 симпозиумов пяти видов, 12 курсов, 13 сессий трех видов, 14 лекций, 53 семинара, 9 форумов.

Российская психиатрия была представлена обоими психиатрическими обществами — РОП и НПА России. Проф. В. Н. Краснов провел зональный симпозиум “Интердисциплинарные исследования в лечении психических заболеваний в Восточной Европе” и выступил на секционном симпозиуме по экологической психиатрии, д-р Ю. С. Савенко и Л. Н. Виноградова представили исследование “Константность восприятия при тревожных и депрессивных синдромах”. В материалах съезда помещено 16 постерных докладов из России.

Наиболее поучительным для нас был зональный симпозиум “Психиатрия центрально-европейских стран в процессе объединения с Европейским Союзом”, на котором представители Словении, Венгрии, Чехии, Словакии, Польши, Румынии, Македонии, Сербии и Черногории — каждый по единой схеме — очертили структуру психиатрической службы своих стран в историческом развитии со всеми возникающими сейчас проблемами, в результате чего выяснилась общность путей их решения. Было подчеркнуто, что поспешное следование примеру западных стран, в частности, резкое сокращение психиатрических больниц, чревато в последующем значительно более серьезными издержками, чем пресловутая экономия на стационарной службе.

Большое внимание было посвящено на конгрессе этическим и правовым вопросам, как все более и бо-

лее актуальным. Права человека рассматриваются теперь как приоритетная тема. Характерно, что право на лечение трактуется всеми не в альтернативу праву на свободу, как у нас в России, а как право на дорогие лекарства.

На высоком уровне была представлена феноменологическая и антропологическая психиатрия. Мы встретились с членами нашего международного редакционного совета по психиатрии Альфредом Краусом и Биллом Фулфордом, а также с почетным председателем Международной организации “Право и медицина” Амноном Карми, установили дружеские отношения с председателем Японского психиатрического общества и зональным представителем Восточной Азии проф. Джиро Сузуки (Япония) и проф. Сиднеем Блохом (Австралия). Как представители НПА России, мы встретили единодушное понимание ситуации в России и поддержку со стороны всех членов Исполкома ВПА — нынешних и прежних. Проф. Норманн Сарториус высоко оценил проведенный нами совместно с МХГ мониторинг, как пример для других стран и стержневую тему дальнейших общих исследований.

Оба российских общества поддержали идею Ассоциации психиатрических обществ Восточной Европы и Балканского региона, активно реализуемую проф. Георгом Христодолоу (Греция).

Следует отметить гостеприимство и радушие организаторов конгресса — Итальянской психиатрической ассоциации во главе с проф. Марио Маэм, президентом Ассоциации Европейских психиатров, подарившим серию последних монографий, изданных ВПА и устроившим для руководителей национальных обществ торжественный прием в тронном зале дворца Скорцени.

Международная конференция в Казани

Можно с удовлетворением отметить самостоятельность и значительное оживление научной жизни в регионах. 25 – 27 октября 2004 г. в Казани по инициативе директора Института исследований проблем психического здоровья зав. кафедрой медицинской и общей психологии Казанского медицинского университета проф. В. Д. Менделевича состоялась международная научно-практическая конференция “Новые методы лечения и реабилитации в наркологии (заместительная терапия, психофармакотерапия, психотерапия)”. В организации конференции принимали участие Институт “Открытое Общество”, Международная программа снижения вреда Управления ООН по наркотикам и преступности и Объединенная программа ООН по ВИЧ/СПИДу Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ). Конференцию открыли заместитель премьер-министра Республики Татарстан, председатель комитета Государственной Думы РФ по охране здоровья, ректор Казанского медицинского университета. Доклады на пленарном заседании сделали два представителя Управления по наркотикам и преступности ООН и эксперт ВОЗ, а также проф. В. Д. Менделевич (“Парадоксальность терапевтических принципов современной российской наркологии”), проф. Ю. В. Валентик, директор Института изучения химических зависимостей проф. Роберт Ньюман (Нью-Йорк, “Мировой опыт использования заместительной терапии опийной наркомании”) и др. Были подведены итоги опыта заместительной терапии в Литве, Украине, Молдове, Киргизстане, Татарстане, Пуэрто-Рико, Венгрии... О деятельности “Всероссийской сети снижения вреда” рассказал ее руководитель В. Джума. Правовому аспекту заместительной терапии был посвящен доклад Л. Левинсона. Был также представлен доклад чл-корр. РАН проф. С. В. Медведева (Санкт-Петербург) “Физиологические механизмы эффективности стереотаксической билатеральной сингулотомии в лечении устойчивой психической зависимости при наркомании”. В итоге была принята следующая резолюция.

РЕЗОЛЮЦИЯ

Участники международной научно-практической конференции “Новые методы лечения и реабилитации в наркологии (заместительная терапия, психофармакотерапия, психотерапия)” (г. Казань, 25 – 27 октября 2004 года) из 34 регионов Российской Федерации и 13 стран мира на основании анализа и обсуж-

дения представленных результатов научных исследований и исходя из повышенной актуальности и медико-социальной опасности распространения наркомании и ВИЧ/СПИДа в России пришли к заключению о том, что:

- отмечается серьезный рост наркомании и ее медико-социальных последствий, увеличение числа ВИЧ-инфицированных и больных СПИДом, гепатитами, смертности от передозировок психоактивными веществами, рост числа пациентов с коморбидной соматической и психической патологией;
- отмечается недостаточный уровень эффективности лечебных и реабилитационных программ, а также низкая доступность к ним;
- до настоящего времени отсутствует серьезный научный контроль за применяемыми методами лечения и реабилитации, используются способы, которые могут причинить вред психическому или соматическому здоровью, создать иллюзию легкого выздоровления от наркомании;
- недостаточно число специалистов, оказывающих квалифицированную помощь наркозависимым.

В связи с вышеизложенным участники конференции предлагают:

1. Способствовать созданию и функционированию экспертовых советов как при органах государственной власти, так и при общественных медицинских организациях и сообществах, осуществляющих контроль и оценку адекватности лечебных и реабилитационных программ, их соответствие этическим нормам, в частности в вопросе оказания медицинской помощи ВИЧ-позитивным наркозависимым;
2. Способствовать более активному внедрению различных методов психосоциальной поддержки больных наркоманией с помощью расширения применения программ снижения вреда;
3. С целью профилактики эпидемии ВИЧ/СПИДа и иных негативных последствий употребления инъекционных наркотиков применить комплексный подход и активизировать деятельность по научной оценке и обоснованности применения в России методов заместительной терапии наркомании, в связи с чем обратиться в Государственную Думу РФ с предложением провести парламентские слушания по данному вопросу с привлечением специалистов;
4. Шире привлекать к волонтерской деятельности в сфере антинаркотической работы специалистов Министерства по делам молодежи и спорту.

Первый национальный конгресс по социальной психиатрии

2 – 3 декабря 2004 г. в Доме правительства Москвы состоялся Первый национальный конгресс по социальной психиатрии “Психическое здоровье и безопасность в обществе”, собравший более 850 участников и 12 гостей из ближнего и дальнего зарубежья. Конгресс готовился в спешке, но был превосходно организован на средства более 30 фармакофирм и других спонсоров.

Честь открытия была предоставлена представителю министерства, приказом которого от 14 октября 2004 г. были командированы участники Конгресса. Среди приветствий выделялось два. Неформальное выступление главного психиатра Москвы проф. В. Н. Козырева, сказавшего: “Мы работаем с цифрами, которые все лучше, но на деле все очень плохо... Надо пожелать, чтобы социальная психиатрия была “с человеческим лицом”. В эмоциональном приветствии гостя с Украины проф. Анатолия Чуприкова (Киев) выражалось восхищение тем, “как замечательно отражает российское ТВ украинские события, эту операцию по манипулированию сознанием: четыре пятых оранжевых не осознают, что ими управляют”.

Основная проблематика конгресса: гетеро- и аутогрессия, виктимология, психиатрия чрезвычайных ситуаций, охрана психического здоровья и 6 сателлитных симпозиумов по фармакотерапии. По всем этим темам было сделано немало содержательных докладов.

Вместо пяти запланированных пленарных докладов состоялось два: обобщающий центральный доклад акад. Т. Б. Дмитриевой “Психическое здоровье как условие стабильности, безопасности и гармоничного развития общества” и доклад по суицидологии представителя ВОЗ проф. J. M. Bertolote. В завершение конгресса состоялся итоговый круглый стол “Направления и перспективы развития социальной психиатрии в России”. На нем незапланированную диссонирующую ноту в благостную атмосферу бенефиса внесло выступление д-ра Ю. С. Савенко.

“...Конгресс проходит в момент, когда под предлогом борьбы с терроризмом урезаются гражданские свободы, наши и наших больных. Когда власти скоропалительно, исходя из одномерного принципа экономии средств, под гребенку, расправились с психиатрией, не считаясь с ее спецификой, и когда профессиональное сообщество ведет себя как загипнотизированный кролик. Конгресс проходит в момент, когда в Москве длится “Обезьянний процесс”, на котором все шесть государственных экспертов используют свой профессионализм для выполнения социального заказа, а не выяснения истины, а независимая состязательная экспертиза задушена. — Обо всем этом ни слова.

Что мы услышали в докладе акад. Т. Б. Дмитриевой, очень красиво оформленном и представленном?

— Избирательное фрагментарное изложение ситуации, катастрофичность которой максимально смягчена, и отсутствие серьезного научного анализа.

Например, аномия (потеря уважения и доверия к институциям своего общества), как очевидным образом основная причина суицидов в нашей стране в отличие от развитых стран, была просто упомянута в ряду других на 4 – 5 месте. В качестве чуть ли не главного фактора называлось манипулирование сознанием человека и славилась проведенная только что Центром им. Сербского конференция по этой теме, не имеющая ничего общего с наукой, за исключением эгида РАМН. Опять речь шла о “псевдорелигиозных тоталитарных сектах” и “контроле сознания”. Сама эта лексика — надежный маркер ненаучности. Представленный в докладе порочный круг в обществе, согласно которому большое число психических расстройств ведет к социальной напряженности, а та увеличивает число психических расстройств, противоречит современной научной парадигме — синергетической, неравновесной. Предложенная модель — это дорога к психиатризации действительности. От этого пострадают, в конечном, счете сами психиатры.

Что касается беспокойства, возникшего в обществе, и многочисленных звонков устроителям конгресса и нам тоже, — не будут ли проталкиваться поправки к закону,озванные осенью перед лицом всеобщего возмущения, не возрастет ли длительность удержания в психиатрической больнице без санкции суда до 30 дней? — я вполне допускаю, что Татьяна Борисовна могла это планировать, но под действием негативной реакции в обществе не решилась. Два месяца назад на Всероссийской конференции эти поправки снова лоббировал проф. В. П. Котов, и Татьяна Борисовна публично предложила: “Почему бы Вам не заявить их снова?”. Смысл этих поправок — удобство психиатров. Но в наше время количество злоупотреблений так велико, что рассмотрение этого вопроса несвоевременно. Сейчас надо исходить из приоритета прав наших больных. Противоположный выбор составляет существование полицейской психиатрии. Наконец, не стоит забывать, что поправки противоречат международному праву. Первый процесс по российской психиатрии в Европейском Суде — “Ракевич против России” — уже проигран: Суд особо указал, что все недобровольные меры не только должны своевременно проводиться через суд, но больной сам вправе обращаться в суд, обжалуя стационаризацию. России предложено внести это право в закон.

В заключение я хотел бы пожелать в будущем приглашать оппонентов, не уклоняться от острых тем, предпочитать форму симпозиумов и обсуждать зако-

нопроекты не вдогонку уже принятым наверху решениям, а загодя”.

Это выступление вызвало следующее откровение Т. Б. Дмитриевой: “закон о психиатрической помощи опередил развитие страны минимум на 10 лет. Сегодня от закона страдают и врачи, и пациенты. Закон сыграл свою положительную роль. Мы не будем его трогать, пусть лучше его меняет государство”.

Таким образом, беспокойство журналистов было оправданным, а их активность предотвратила рекомендацию поправок от имени Первого национального конгресса по социальной психиатрии. — Прекрасный пример значимости активной гражданской позиции.

В заключение был зачитан проект резолюции конгресса. Он оказался словно списан с наших обращений: в жестких выражениях Правительство порицается за недостаточное финансирование и т.п. Но в дополнение к этому предлагается обратиться во Всемирную ассоциацию социальной психиатрии о создании российского отделения и введении его представителя в руководящие органы.

Так с полной непринужденностью наша критика тут же утилизируется, превращаясь в средство поли-

тической демагогии, пиара, того самого манипулирования сознанием наивных обывателей, в котором упрекает mass-media и “тоталитарные секты”. В результате выхолащивания сути, доводы девальвируются. Этот элементарный обман можно преодолеть только контекстуальным рассмотрением, доступным простым людям: важны не столько правильные слова, сколько доверие к тем, кто их высказывает. “Несколько лет назад, — сказал заместитель Т. Б. Дмитриевой проф. З. И. Кекелидзе, — нас никто не хотел слушать, теперь все иначе...”. — Все иначе в силу государственного контроля ТВ и многотиражных СМИ. Чтобы поднять репутацию своего одиозного учреждения, акад. Т. Б. Дмитриева не остановилась даже перед тем, чтобы поместить детей Беслана на реабилитацию в свой институт — каменный мешок, фактически тюремный двор в центре Москвы. З. И. Кекелидзе очень хвалил доклад акад. РАМН П. И. Сидорова (Архангельск) “Психический терроризм как массовая форма нелегального оружия”, предлагая превратить его в лекцию. Здесь манипулирование сознанием со стороны СМИ и “тоталитарных сект” обыгрывалось уже таким образом, что сделалось теоретической основой для судебного преследования.

“Общее дело”

субъективные заметки с конференции

“Вера — диалог — общение: проблемы диалога церкви и общества”

Б. В. Воскресенский

Конференция проходила 29 сентября — 1 октября 2004 года в Москве. Ее инициатором и основным организатором был Свято-Филаретовский православно-христианский институт, возглавляемый священником Георгием Кочетковым. Независимая психиатрическая ассоциация России почти 10 лет поддерживает творческие, дружеские связи с этим учреждением. В 2000 году она провела совместную научно-практическую конференцию “Вера и болезнь”, неоднократно предоставляла трибуну и страницы журнала для выступлений о. Георгия, которые всегда содержали актуальные и глубокие размышления о человеке, о психике, психотерапевтико-психогигиеническом потенциале духовной сферы.

Соучредителями конференции (уточним, что подобные конференции, но, естественно, с разными темами: “Личность в церкви и обществе”, “Духовные движения...”, “Язык Церкви” и др. — многолетняя, давняя форма размышлений над важнейшими проблемами настоящего и прошлого) выступили

журнал “Вестник Русского Христианского Движения” и Российский государственный гуманитарный Университет.

Нынешняя конференция была посвящена памяти академика С. С. Аверинцева, — христианского мыслителя, выдающегося ученого-филолога, историка, философа. Открывая конференцию, о. Георгий подчеркнул, что диалог, общение — естественная, основная форма активности и конкретного человека, и общества в целом, однако ни в нем — обществе, — ни в Церкви сегодня почти нет сил, нет личностей, стремящихся и способных к содержательному общению. Ему особенно препятствуют “возрастающая тотальность (выделено о. Г.) принципа власти и терроризм, не только военный, экономический, но и (и прежде всего, — добавим мы от себя) духовный”. (Именно в этом русле следует рассматривать претензии к НПА, выдвигаемые различными официальными структурами. Таков и дух времени в целом. Нежелание вести диалог ни с какими проявлениями инакомыслия —

Б. В. Воскресенский

вот демонстративная, а главное — губительная для всех и вся позиция власти последнего десятилетия).

Известный деятель русской культуры, ее хранитель и приумножатель за рубежом, лауреат Государственной премии РФ профессор Н. А. Струве констатировал, что христиане, христианство в наши дни все больше обособляются от общества и вместе с тем растворяются в нем, вольно или невольно оказываясь включенными в процессы глобализации. А они неизбежно нивелируют, стирают самобытность народов, стран, культур, что, в свою очередь, порождает зоологический национализм, оканчивающийся, как показал XX век преступлениями против человека и человечности. Позиция верующих в этой ситуации может быть определена формулировкой Н. А. Бердяева, неоднократно напоминавшего о достоинстве христианства и недостоинстве христиан. Условием успешности диалога (со стороны церкви) может и должна быть святость, понимаемая не как абстрактное совершенство, а как деятельное проявление бескорыстия, жертвенной любви. (Примеры этого мы видим в судьбах матери Марии (Скобцовой), о. Максимилиана Колльба, Януша Корчака. Подобный страшный выбор встал и перед Россией в дни бесланской трагедии, и страх сделать его проявился, в частности, и в противоречивости оценок поступка Р. Аушева).

Н. А. Струве привел слова матери Марии: “Важна даже самая малая доля соучастия”, — и это делает, — заключил он, — диалог ненапрасным.

Известный славист, профессор Женевского Университета Жорж Нива проследил историю взаимоотношений церкви и общества во Франции. В этой стране (как и в большинстве других европейских государств) за последние столетия происходило все более отчетливое разделение церкви и светских структур. Авторитаризм католицизма, безоглядное увлечение идеями Просвещения и всеобщего равенства, — вот некоторые “пружины” этого расхождения. Ж. Нива особенно подчеркнул роль Л. Толстого и Ф. Достоевского в обращении духовной европейской мысли к проблемам веры, к христианству. Пассивность же католицизма в период разгула фашизма вновь оттолкнула от церкви многих и многих.

С другой стороны, некоторые элементы демократии и социальной политики современного Запада правомерно рассматривать как реализацию именно христианских идеалов. Констатируя идеологическую противоречивость и даже поляризованность современного мира, Ж. Нива на конкретных ситуациях и личностях показал, что и в этих условиях христианский взгляд на мир может вносить в него созидательное, примиряющее начало, которое совсем не тождественно пассивности, безразличию, бессилию, а стремится увидеть в каждом человеке, в том числе и оказавшемся по ту сторону баррикад (хотя, наверное, последнее слово не очень вписывается христианскую лексику), страдающего брата.

“Взгляд невоцерковленного на диалог Церкви и общества” представил академик Ю. Н. Афанасьев. Активный деятель демократического движения 80–90 гг. с особой болью говорил о том, что “авторитарные тенденции современной власти находят у церкви полную поддержку”, что церковь (имеются в виду структуры Московской Патриархии) не приобрела морального авторитета, но претендует на идеологическую монополию.

(Но история продемонстрировала модус содержательных отношений церкви и христианства уже в эпоху Византии, во времена Константина: “Христианство смогло стать духовным коррелятом самодержчного государства именно — такова парадоксальная логика реальности — благодаря своей моральной обособленности от этого государства.” — С. С. Аверинцев “Поэтика ранневизантийской литературы”).

В сотрудничестве Свято-Филаретовского института и РГГУ Ю. Н. Афанасьев видит пример, залог, прообраз будущих и столь всем необходимых содержательных взаимоотношений церкви и общества.

Профессор А. Б. Зубов, историк религии, сравнил роль церкви в обществе с проявлениями совести в отдельном человеке. Взгляд докладчика на проблему представляется по-христиански трагически-оптимистическим: немногие спасают многих, а судьба самих подвижников — всегда и повсюду быть гонимыми. К эвдемонизму, власти, славе может стремиться (и нередко действительно стремится) церковь институциональная. Но истинной средой обитания (термин наш) христианина является Церковь мистическая.

Знаменитый актер С. Ю. Юрский озаглавил свое выступление выразительно, кратко, по-современному (в самом обыденном смысле): “Все включено”. Этой формулировкой общество определяет все формы активности современного человека, выстраивает их так, что никаких возможностей для выявления индивидуальной активности не предусматривается. Предусмотрены (и этим ограничены) все варианты отдыха, меню, идеологического волеизъявления, художественных пристрастий и даже сексуальных предпочтений. Оборотной стороной этого “унифицированного потребления” неизбежно оказывается ксенофобия, культ насилия, авторитарно-националистического единомыслия. Делясь впечатлениями последнего времени, С. Ю. Юрский отметил, что проблему покаяния и личной ответственности художественно-выразительно разрабатывают некоторые кинофильмы стран Дальнего Востока. И нам, заключил докладчик, необходимо начинать с себя. Все мы непозволительно опоздали со своим покаянием и обращением.

Ряд докладов носил более специальный — богословский, церковно-исторический, религиоведческий характер, и все они звали к диалогу, сотрудничеству, совместному строительству нового свободного общества — церковного и светского.

Доклад еп. Серафима Сигриста, (Американская православная Церковь) прозвучал (и “привиделся”) в видеозаписи. Он констатировал высокую степень закрытости и в церкви, и в обществе. Но вместе с тем, все мы являемся не наблюдателями, а участниками происходящего, в частности потому, что сегодня невозможно разграничить действующих оружием и мирных жителей — страдают все. Единственно правильной в этих условиях может быть только позиция пацифиста. (Наверное, далеко не каждый согласится с этой рекомендацией, но она представится более обоснованной, если вспомнить, что в сегодняшней российской жизни снижены, почти упразднены этические нормы: от “мочить в сортире” — самого знакового акта первого лица государства, через ненормативную лексику на сцене, на бумаге и на пресс-конференции певца, который обещает дарить зрителям “все самое лучшее”, к обращению “ребята” в строго официальной обстановке, “тыканью” в экранном диалоге и к пиву, лениво потягиваемому на улице, в транспорте, в офисе. В этом же ряду — новая волна дискредитации понятия “интеллигенция”. А стремление руководствоваться в жизни эстетически окрашенными критериями нередко воспринимается как прямой вызов обществу, современности).

Последующие заседания проходили по секциям. Автор этих строк принял участие в обсуждении проблемы “Диалог Церкви и общества в философии и культуре”. Первым выступил филолог профессор Е. М. Верещагин. Анализируя обширный и плодотворный опыт С. С. Аверинцева по переводу Евангелия на современный русский язык, он ввел понятие лингвотеологии как выражения богословствования в лингвистике.

(Вопрос о соотношении религиозных взглядов исследователя с его светской профессиональной деятельностью — будь то языкоизнание, искусство, психиатрия, в наши дни стал актуальным, если не острым, то, несомненно, дискуссионным).

О подобной же коллизии применительно к церковному и светскому искусствоведению говорил преподаватель Свято-Филаретовского института А. М. Копировский. Симбиоз двух разных понятийных систем непродуктивен, это будут два монолога, подобно общению слепого с глухим. (Но в Писании мы находим много примеров исцеления и невидящих, и неслышащих Духом Святым — Б. В.) “Быть одновременно церковным человеком и светским специалистом,” — такое условие соединения несоединимого предложил докладчик. И здесь нельзя не вспомнить сходный вывод Н. А. Бердяева: “Если философ — христианин и верит в Христа, то он совсем не должен согласовывать свою философию с теологией православной, католической или протестантской, но он может приобрести ум Христов, и это сделает его философию иной, чем философия человека. ума Христова не имеющего”. Таким был и С. С. Аверинцев.

Название доклада Б. А. Воскресенского “Духовное как психотерапевтический фактор” (см. стр. 24).

Заведующий кафедрой богословских дисциплин Свято-Филаретовского Института, кандидат филологических наук Д. М. Гзгян размышлял о том, какая реальность заключена в церковных понятиях, в частности, что же такое — общинность. Вслед за известным церковным деятелем С. И. Фуделем он подчеркнул, что Церковь — это преодоление одиночества. А главное в церковном общении, церковном диалоге — это те абсолютные смыслы, которые открываются во Христе.

С эпохи Нового Времени стало дискутабельным, спорным и устройство физического мира. Преподаватель Свято-Филаретовского института С. Д. Каринский говорил о коперниковско-галилеевском перевороте в картине мира, который из физико-astrономической теории перерастает — при последовательной проработке — в остройшую богословскую проблему, в столкновение Церкви и общества. Очевидно, что такие коллизии неизбежны, они составляют одну из сторон жизни и человека, и общества. Стремясь подчеркнуть продуктивное начало подобных столкновений, докладчик напомнил тезис современного греческого богослова Х. Янараса: задача Церкви в диалоге с обществом — порождать жизнь.

Действительно, все существование человека определенным образом организовано в пространственно-временном отношении, а сами эти модусы бытия взаимосвязаны и изменчивы. (Это и есть один из аспектов “творения сознания” — термин Э. Ф. Эддингера — развития, усложнения, “восхождения” психики). О мире как пространственно-временном понятии (олам) и как об определенном состоянии человека (шалом) и его окружения говорил преподаватель Свято-Филаретовского института А. Б. Сомов.

Вопрос о реальности, содержательности возникает и по отношению к самому человеку, точнее говоря, — личности.

Заведующий кафедрой философии этого же института кандидат философских наук Г. Б. Гутнер напомнил, что в наши дни, в эпоху постмодернизма “умерли”, исчезли автор, субъект, “я” и поэтому вопрос о каком-либо общении, встрече утрачивает смысл. Докладчик предложил возможные пути выхода из “пустоты”.

Юрист по образованию Е. А. Прибыткова проанализировала взгляды В. С. Соловьева на взаимоотношения церкви и государства.

В этом контексте конкретно-содержательным становится призыв Н. А. Бердяева и С. Н. Булгакова к христианству быть более социальным, а для этого быть более пророчески открытым и свидетельствовать о Христе. Об этом говорила проректор Свято-Филаретовского института кандидат философских наук М. В. Шилкина. Увы, сегодня церковь практически не откликается именно церковно на разгул терро-

Б. В. Воскресенский

ризма и безответственности, ведущий к глобально-трагическим последствиям — имелись в виду события в Беслане. Именно в эти дни должен был бы прозвучать призыв к покаянию за наше беспамятство и свидетельство о Воскресении.

Христианину трудно вместить позицию Русской Православной Церкви, высказавшейся “за продолжение военных действий в Чечне”, призывавшей “...не сосредотачиваться на проблемах мирных жителей” (“Церковные новости” 6 – 7 февраля 2000 г., — Христианский церковно-общественный канал”). На помощь приходит С. С. Аверинцев, своим переводом строк Святителя Григория Богослова показывая, что эта коллизия — из разряда вечных: “Горька обида. Если ж уязвляет друг — / двойная горечь. Если ж из засады бьет — / тройная мука. Если ж брат по вере твой — / скрепись душа. Но если иерей, — / увы, куда бежать от смертного томления?”).

На заключительном пленарном заседании священник Иоанн Привалов рассказал о современных попытках церковно-общественного диалога в селе под Архангельском, где он возглавляет приход. В последние годы этот северный город посетили известные люди, большинство из которых упоминается в этих заметках, и чье высокое творческое и общественное служение немыслимо вне христианства: О. А. Седакова, Н. А. Струве, С. Ю. Юрский, А. И. Шмаина-Великанова, живущий в Канаде историк православной Церкви Д. В. Поспеловский. Чтобы этот опыт общения не пропал бесследно, — подытожил докладчик, — архангелогородцам необходимо идти дальше и дальше по пути воцерковления.

Архимандрит Виктор Мамонтов озаглавил свой доклад “Личность как диалог”. Самодостаточный человек одинок, высшая возможность бытия человека — это общение с Богом. Диалог Бог-человек — это диалог двух свобод, принудить к диалогу невозможно, иначе это будет допрос. Но свободное общение может быть драматичным, даже трагичным — из-за несовершенства, слабости, неразборчивости человека. Как и Бог, человек по природе добр, но чтобы сохранить, развить и сделать плодотворным этот дар, человек не должен им кичиться, иначе ему будет трудно отличить глас Божий от нашептываний лукавого.

Историк, филолог, культуролог А. И. Шмаина-Великанова, размышляя о судьбах диалога в наши дни, отметила, что “публичное место сейчас пусто”, что тоталитарные режимы XX века или уничтожали людей, или делали их в какой-то мере соучастниками преступлений. Поэтому “После Освенцима нельзя писать стихи”, — напомнила докладчица трагические слова В. Адорно. Но можно и нужно оплакать и прославить погибших, подобно тому, как в художественной форме это выразилось в “Докторе Живаго” Б. Л. Пастернака, “Реквиеме” А. А. Ахматовой (“Жизни и судьбе”, добавим мы, понимая, что этот великий роман

В. С. Гроссмана напрямую не связан с христианством) и тем самым обессмертить их в человеческом сознании, сделать победителями тиранов. Увы, в реальной жизни это удается плохо: канонизация новомучеников, осуществленная в том числе и благодаря инициативе Анны Ильиничны, “не стала в полной мере таким актом, и Церковь и общество отворачиваются от них. Нам нужно пойти к ним, вернуться к святым своим, зарытым, как собаки”.

Культура и вера — вот два условия, два основания, на которых может возродиться диалог. (Здесь вспоминается финальная фраза “Репетиции оркестра” Ф. Феллини: “Музыка нас спасет”).

Доклад Владимира Зелинского, православного священника из Италии (был зачитан в отсутствие автора) сопоставил “две культуры и две ментальности”, православие и католицизм. В первом преобладает “внутреннее” переживание духовного опыта, чувство собственного несовершенства, виновности и зов о помощи, прощении, культ старчества. Второе ориентировано на молодость, активную социальную жизнь, экспрессивность интимно-религиозных чувств. Однако перед лицом злодеяний XX века они равно оказались беспомощными. (Представляется, что повторение этой оценки в выступлении многих ораторов — не шаблонность исторических оценок, а шаг на пути личного христианского покаяния).

Доктор филологических наук, литературовед М. О. Чудакова предложила проект церковно-общинной помощи детям, оставшимся без родителей. Причем имеет смысл открывать соответствующие учреждения для детей и престарелых-одиночек в непосредственной близости друг от друга, тогда взаимопомощь и общение станут и возможными и содержательными духовно.

* * *

Для христианина понятие общего дела имеет особый, прежде всего — мистический смысл. Но и повседневная, мирская жизнь верующего — это общение, которое конечной целью также имеет Высшее: “Путь к Богу лежит через ближнего”.

Пространство, в котором разворачивается жизнь верующего (и священнослужителя, и мирянина) — это в первую очередь сферы духовного и душевного. Они же — поле деятельности врача-психиатра. Общение с больными, диалог с обществом — важнейшие слагаемые его служения. “Психиатрия изо всех медицинских наук наиболее близко ставит нас к вопросам философским”, — подчеркивал еще сто с лишним лет назад выдающийся ученый психиатр-гуманист С. С. Корсаков.

Проблемы, обсуждавшиеся на богословской конференции, пусть по-иному, но, рискнем утверждать, непосредственно затрагивают психиатров, психотерапевтов — всех, кто стремится помочь страдающему-

му, ближнему, брату. В этом мы видим оправдание настоящей публикации.

Позволим себе содержательный, позитивный финал. Надеемся, что после рассказа о конференции, ее атмосфере, идеях и людях он не покажется слишком утопическим. “Высшим типом общества является общество, в котором объединены принцип личности и принцип общности (Gemeinschaft). Такой тип общества можно было бы назвать персоналистическим социализмом. В таком обществе за каждой человеческой личностью была бы признана абсолютная ценность и высочайшее достоинство как существа, призванного к высшей жизни, тогда как социальная организация обеспечивала бы каждому возможность достижения полноты жизни. Необходимо стремится к синтезу аристократического, качественного принципа личности и демократического, социалистического принципа справедливости и братского сотрудничества людей” — Н. А. Бердяев.

* * *

Личность, идеи С. С. Аверинцева пронизывали всю научную часть конференции, создавали особую эмоциональную атмосферу, в которой прямо-таки ощущалось присутствие этого замечательного человека. Еще более явным оно становилось благодаря тому, что на всех заседаниях присутствовала Наталья Петровна Аверинцева — вдова академика, человек замечательный. (Быть может, Наталья Петровна не считает за фамильярность, — я не был лично знаком с Сергеем Сергеевичем, и с нею впервые заговорил на конференции, — но, думается, что именно такая женщина только и могла быть спутницей жизни Ученого).

Памяти С. С. Аверинцева был посвящен особый вечер. Он открылся видеокадрами: С. С. Аверинцев читает стихи о старости, о близком конце. Его манера была не актерской, а авторской, “поэтской” (если можно выразиться), ритм строк и строф завораживал и глубокие, бездонные, бесконечные по смыслу стихи (а Сергей Сергеевич имел дело только с такой поэзией) становились экзистенциальным актом, откровением.

Затем актриса театра “Пилигрим” Людмила Мезенцева сыграла моноспектакль по поэме С. С. Аверинцева “Благовещение”. Сложный, полифонический текст предстал как драматический и в то же время просветляющий путь к Призванию, определенному Богом. Для всех зрителей это была и благая весть от Сергея Сергеевича, как замечательно сказала об этом сама Людмила.

Нет возможности пересказать воспоминания людей, общавшихся с С. С. Аверинцевым. Воссоздание его личностного облика — отдельная задача. (К слову заметим, что очерки о нем уже появляются). Но нельзя не отметить, что и этот неформальный обмен глубоко личными впечатлениями преподал слушателям еще один урок “аверинцевского”, христианского отношения к человеку, к жизни.

В заключение вечера Наталья Петровна Аверинцева поблагодарила участников конференции, всех присутствующих за память о Сергееве Сергеевиче, за внимание к его публикациям и размышлениям. Он всегда с особой доброжелательностью, интересом и ответственностью относился к выступлениям в стенах Свято-Филаретовского Института, к встречам со Сретенско-Преображенским братством — учредителем института, — напомнила она.

Кажется уместным в знак уважения и благодарности Н. П. Аверинцевой привести стихотворение С. С. Аверинцева.

Из цикла “Подражания Клоделю”

Nataliae uxori

Разве вы не читали, что Сотворивший
в начале мужчину и женщину сотворил их
Мф. 19:4

Без возврата отступает, что было вчера
но словно вчера, близка та пора,
Когда во Эдеме дремал Адам,
и Хавва восставала из его ребра.

Увы, вне Эдема встретились мы, где повреждена
природа сама;
Но верность Ревнитель сотворил Сам, и нашел, что
она хороша весьма.

В юдольном пределе — нам ли не знать! —
небезвинны плоти и крови пути;
И все же Тот, Кто от Девы рожден, не погнулся
и к нам в Кане приди.

О, чудотворное то вино,
что отстаивалось столько лет!

О, милый воздух вокруг твоих рук,
и вокруг очей твоих свет —

И сызнова райские слова сквозь жизни хлад,
сквозь смертную тьму:

“Не хорошо, чтобы человек оставался один —
соторим же помощника ему!”

Женева, 11.01.1994

ПСИХОПАТОЛОГИЯ И ТВОРЧЕСТВО

Осужденные стихотворения из “цветов зла” Шарль Бодлер¹

ОТРЕЧЕНИЕ СВЯТОГО ПЕТРА

А Бог — не сердится, что гул богохулений
В благую высь идет из наших грешных стран?
Он, как пресыщенный, упившийся тиран,
Спокойно спит под шум проклятий и молений.

Для сладострастника симфоний лучших нет,
Чем стон замученных и корчащихся в пытке,
А кровью пролитой и льющейся в избытке,
Он все еще не сыт за столько тысяч лет.

— Ты помнишь, Иисус, тот сад, где в смертной
муке
Молил Ты, ниц упав, доверчив, как дитя,
Того, кто над Тобой смеялся день спустя,
Когда палач гвоздем пробил святые руки,

И подлый сброд плевал в Божественность
Твою,
И жгучим тернием Твое чело венчалось,
Где Человечество великое вмешалось,
Мечтавшее людей сплотить в одну семью,

И тяжесть мертвая истерзанного тела
Томила рамена, и, затекая в рот,
Вдоль помертвевых щек струились кровь и пот,
А чернь, уже глумясь, на казнь Твою глядела, —

Ужель не вспомнил Ты, как за тобою вслед,
Ликуя толпы шли, когда к своей столице
По вайям ехал Ты на благостной ослице —
Свершить начертанный пророками завет,

Как торгащей бичом из храма гнал когда-то
И вел людей к добру, бесстрашен и велик?
Не обожгло Тебя Раскаяние в то миг,
Опередив копье наемного солдата?

— Я больше не могу! О, если б, меч подняв,
Я от меча погиб! Но жить — чего же ради
В том мире, где мечта и действие в разладе!
От Иисуса Петр отрекся... Он был прав.

Перевод В. Левика

ВИНО УБИЙЦЫ

Пей, сколько влезет! До отвала!
Я волен — померла жена.

А как за каждый грош она,
Бывало, на меня орала.
Теперь же царствие мое!
И воздух свеж, и столько света!
У нас такое ж было лето,
Когда влюбился я в нее.

Опять охота пить напала,
Но чтобы жажду утолить,
Вина — могилу ей залить —
И то, пожалуй будет мало.

Ее в колодец я спустил,
А вслед камней насыпал груду.
Конечно, я ее забуду,
Забуду, если станет сил.

Я умолил ее явиться
Во имя нежности былой
На перекресток роковой,
Чтобы нам снова помириться,

Махнуть рукой на пустяки,
Забыть, что в жизни было плохо...
И нате вам — пришла дуреха!
Ведь все мы в чем-то дураки.

Была она уж не в расцвете,
Но хороша еще, ей-ей!
Я так любил ее, что ей
Сказал: “Не жить тебе на свете!”

Кто знает, в чем моя вина?
Какому пьяному турице
Могло бы с пьяных глаз присниться,
Что саван шьется из вина?

Бесчувственная, как машина,
Она и летом, и зимой
Любви не ведала со мной,
Неуязвимая скотина!

Любви, что адских слез лютей,
Черней, чем колдовская чара,
Чем звон цепей и стук костей.

Хвачу на радости вина я,
И пьяный вдребезги свалюсь я в грязь,
Суровой кары не боясь,
Укоров совести не зная,

¹ Шарль Бодлер (1821 – 1867). “С Бодлером французская поэзия вышла за пределы нации... Среди наших поэтов... нет более значительного... Каким образом существо, столь своеобразное, столь далекое от среднего уровня как Бодлер, могло вызвать такое широкое движение?.. Это — критический ум в соединении с даром поэзии... Демон проницательности”. Поль Валери.

Из: Шарль Бодлер. Стихотворения. — Харьков: “ФОЛИО”, 2001.

И буду дрыхнуть, точно пес,
И пусть груженая телега
Иль бешеный вагон с разбега,
Со всех рехнувшихся колес,
Не разбирая, где дорога,
Раздавят голову мою —
На это все я наплюю,
Как и на Черта и на Бога.

Перевод С. Петрова

МЕТАМОРФОЗЫ ВАМПИРА

Та, с чьими чарами немыслимо бороться,
Покамест, как змея на жарких углях, вьется
И держит груди ей корсет едва-едва,
Из земляничных уст льет пряные слова:
“Мой влажный рот пьянит, я научу, как сладко
В постели потерять стыдливость без остатка.
Победна грудь моя, в ней смерть рыданий всех,
У дряхлых старцев я исторгну детский смех;
Нагая, без одежд, легко б я заменила

И солнце, и луну, и небо, и светила!
Учена в блуде я и мастерски грешу,
Когда любовника в объятиях душу
Иль подставляю грудь под страшные укусы —
Тихони, блудники, И наглецы, и трусы,
Что средь моих перин сникали в забытьи,
Пойдут охотно в ад за фокусы мои!”

Когда мой костный мозг сполна она всосала,
Поцеловать ее желанье мне запало,
И вот увидел я — о, мерзость велика! —
От гноя липкие, одрябшие бока,
И тотчас веки мне смежил холодный ужас...
Когда ж при свете их я разомкнул, натужась,
Не пьющий жадно кровь всевластный манекен
Передо мной возник — предстал ему взамен
Распавшийся скелет, иссохший и смердящий,
Подобно флюгеру разбитому скрипящий,
Иль жалкой вывеске, облезлой, жестянной,
Что пляшет на ветру зимой, во тьме ночной.

Перевод В. Рогова

От редактора. Не прошло и месяца с момента выхода поэтического сборника Шарля Бодлера “Цветы зла” (1857), как генеральный прокурор дает ход заключению Главного управления общественной безопасности, что “Цветы зла” “бросают вызов законам, защищающим религию и нравственность”. “Сплошным богохульством” называет чиновник стихотворения “Отречение Святого Петра”, “Авель и Каин”, “Литания Сатане”, “Вино убийцы...”. Судьи не смогли определить, сознавал ли поэт, что он богохульствует. Бодлер был осужден за оскорбление морали и нравов. Осужденные стихотворения были запрещены к продаже и публикации на территории Франции до 31 мая 1949 года. Кассационный суд решил, что оценка первых судей “не учитывала символического смысла и выглядит весьма произвольной...”. Но и в 1857 г. литературный критик писал: “Поэт не восхищается злом, — он смотрит ему в глаза, как врагу, которого он хорошо знает и которому бросает вызов” (М. Балт, А. Евстратов, Н. Каролидес, Дон Соува. Сто запрещенных книг — М., 2004).

Уильям Батлер Йейтс²

БЕЗУМНАЯ ДЖЕЙН И ЕПИСКОП

В полночь, как филин прокличет беду,
К дубу обугленному приду, —
Все перемесит прах.
Мертвого вспомню дружка своего
И прокляну пустосвята того,
Кто вертопрахом оставил его.
(Праведник и вертопрах.)
Чем ему Джек так успел насолить?
Праведный отче, к чему эта прыть? —
Все перемесит прах.
Ох, уж и яро бранил он нас,
Книгой своей, как дубиной, тряс,
Скотство творите вы напоказ!
(Праведник и вертопрах.)

Снова, рукой постаревшей грозя,
Сморщенную, как лапка гуся, —
Все перемесит прах.
Он объясняет, что значит грех,
Старый епископ — смешной человек.
Но, как березка, стоял мой Джек.
(Праведник и вертопрах.)
Джеку я девство свое отдала,
Ночью под дубом его ждала, —
Все перемесит прах.
А притащился бы этот — на кой
Нужен он — тьфу! — со своею тоской,
Плюнула бы и махнула рукой.
(Праведник и вертопрах.)

Перевод Г. Кружкова

² Уильям Батлер Йейтс (1865 – 1939) — глава Ирландского Возрождения, лауреат Нобелевской премии. Из: Уильям Батлер Йейтс. Роза и башня. — СПб.: “Симпозиум”, 1999.

НЕКРОЛОГ

Ирина Викторона Шахматова-Павлова 1925 – 2004

6 июня 2004 г. после тяжелой продолжительной болезни ушла из жизни Ирина Викторовна Шахматова (Шахматова-Павлова), доктор медицинских наук, незаурядный клиницист-психиатр, известный ученый, ведущий исследователь в области генетики психических заболеваний. 19 сентября 2004 г. ей бы исполнилось всего 79 лет.

И. В. Шахматова в 1948 г. окончила Пермский государственный медицинский институт и всю свою дальнейшую профессиональную жизнь посвятила служению психиатрии. После 4 лет практической работы врачом-психиатром последующие 30 лет она увлеченно и плодотворно занималась научной деятельностью, была достойной ученицей и сотрудницей двух выдающихся отечественных психиатров-клиницистов — профессора С. Г. Жислина и академика А. В. Снежневского. В стенах Московского НИИ психиатрии МЗ ею успешно была защищена кандидатская диссертация на тему: “Клинические особенности шизофрении, осложненной хроническим алкоголизмом”. С 1962 г. вплоть до ухода на пенсию (в 1982 г.) И. В. Шахматова — сотрудник Института психиатрии Академии медицинских наук, где она прошла славный путь от младшего научного сотрудника до руководителя клинического отделения, разрабатывающего проблемы шизофрении. Она была одним из ярких представителей научной школы А. В. Снежневского. Хорошо известны работы И. В. Шахматовой по изучению психопатологии депрессивно-параноидных состояний в рамках приступообразной шизофрении, она активно занималась вопросами эффективности психофармакотерапии при шизофрении. В 1965 г. она возглавила работу научной группы сотрудников по клинико-генетическим исследованиям эндогенных психозов. Ей принадлежит разработка научно-организационных и методологических основ изучения генетики шизофрении на современном этапе развития психиатрической науки, на основе генетических данных представлено



патогенетическое обоснование классификации эндогенных заболеваний и систематики форм течения шизофрении и аффективных психозов, разработанных школой академика А. В. Снежневского. Результаты этих исследований были представлены ею в ряде научных статей, опубликованных в ведущих отечественных и зарубежных изданиях, а также обобщены в докторской диссертации “Конституционально-следственные факторы и формы течения шизофрении” (1971 г.). Проведенные И. В. Шахматовой исследования носят уникальный характер, они неоднократно докладывались ею на отечественных и международных форумах психиатров и вызвали интерес и

положительную оценку ведущих зарубежных ученых-генетиков. Они сохраняют свою актуальность и поныне, являясь существенным вкладом в развитие отечественной психиатрии. Данные, полученные И. В. Шахматовой, впервые позволили обосновать единство шизофрении в эволюционно-генетическом аспекте, указав на роль феномена антиципации в развитии этого заболевания. Созданный ею генеалогический архив является уникальным и служит бесценным материалом и основой для последующих научных разработок в этой области.

И. В. Шахматова — автор более 40 научных работ, в том числе разделов в монографиях по шизофрении, глав в руководстве и справочниках по психиатрии. Ее отличали незаурядный талант клинициста, преданность делу и своей профессии, предельная четкость и организованность в работе, высокая требовательность к достоверности результатов, аналитический ум и логика в суждениях, доброе и доброжелательное отношение к сотрудникам. Светлая память об И. В. Шахматовой и ее незаурядной личности ученого навсегда сохранится в анналах отечественной психиатрии и всегда будет жить в сердцах ее коллег, учеников и друзей.

Проф. Г. П. Пантелейева

Возможно, главным делом жизни Ирины Викторовны Шахматовой было создание клинико-генетической группы в Институте психиатрии АМН СССР (теперь Всероссийский научный центр психического здоровья РАМН — ВНЦПЗ). Под руководством И. В. Шахматовой эта группа работала в 1965 – 1980 гг., а позднее исследования в этой области продолжались.

Ирина Викторовна Шахматова объединила и направила силы 15 сотрудников, которые всесторонне изучали генетику шизофрении и циркулярных психозов у больных различного возраста — от детского до позднего. Были выяснены генетические основы шизофренических психозов в целом и своеобразия отдельных форм. Вместе с сотрудниками она описала и проанализировала как частоты повторных случаев явных психических нарушений в семьях, так и неманифестирующие расстройства у родственников больных. Все это составило действительно новое направление в психиатрии — психиатрическую генетику.

Для меня было большой честью и счастливым поворотом моей судьбы работать в этой группе. Ее требовательность и доброжелательная заинтересованность в делах сформировали мой интерес к клинической генетике в психиатрии. Личность ее была чрезвычайно обаятельна. Мы, члены ее клинико-генетической группы, впитывали не только ее идеи, но разделяли ее жизненные ценности, поскольку ее моральный авторитет был велик. Я считаю Ирину Викторовну Шахматову своим учителем в области клинической генетики, а в пору аспирантского становления

меня как специалиста я считала ее своей духовной матерью. Ее образ — добрый и светлый — сохраняется в моем сердце.

Проф. В. Д. Москаленко

Строгие тонкие одухотворенные черты лица Ирины Викторовны останутся перед глазами всех, знавших ее. Ирина Викторовна Шахматова-Павлова была человеком долга, высокой ответственности и требовательности к себе, преданности высоким профессиональным и гражданским идеалам, лишенной всякой позы, и с тем большей глубиной чувств. Таким и видится настоящий ученый. Она была горячим самодеятельным активистом Демократической России и вместе со своим супругом Николаем Феофановичем Шахматовым — членом НПА России. Ирина Викторовна решительно согласилась принять участие в нашем исследовании монахов буддийской организации “Учение истины АУМ”, с неформальной заинтересованностью относилась к нашей деятельности, и только тяжелая болезнь не позволила ей принять в ней непосредственное участие. Она была непреклонна, если не чувствовала себя способной соответствовать собственным высоким требованиям.

Ирина Викторовна и Николай Феофанович Шахматовы — замечательный пример счастливого союза благородных высокотворческих людей.

Ю. С. Савенко

ВОСЬМОЙ ВСЕМИРНЫЙ КОНГРЕСС ПО БИОЛОГИЧЕСКОЙ ПСИХИАТРИИ

28 июня – 3 июля 2005, Вена

www.wfsbp-vienna2005.com

ЛЮБИЩЕВ И ПРОБЛЕМЫ ФОРМЫ, ЭВОЛЮЦИИ И СИСТЕМАТИКИ ОРГАНИЗМОВ

(МОИП: тридцатые любищевские чтения) - М., 2003
Уникальное издание, тир. 150 экз.

Можно заказать по адресу:

107143, Москва, ул. Николая Химушина, д. 11, корп. 2, кв. 9
— Б. С. Шорников (тел. (095) 966-0246)

РЕКОМЕНДАЦИИ

- Мишель Фуко. Ненормальные (курс лекций в Коллеж де Франс в 1974 – 1975 гг.) — СПб., 2004
Л. Л. Рохлин. Жизнь и творчество выдающегося русского психиатра В. Х. Кандинского — М., 2004
К. Гиллберг, Л. Хеллгрен (ред.). Психиатрия детского и подросткового возраста. — М., 2004
В. Д. Менделевич. Проблема наркомании в России: столкновение интересов специалистов, пациентов, общества и власти. — Казань, 2004
Н. Г. Шумский, Н. Б. Калюжная, И. В. Ювенский. Женщины-убийцы. — СПб., 2004
Б. В. Крайцеров. Концептуальный подход к пиротерапии с позиции теории стресса и перспективы более эффективного использования лечебно-профилактического потенциала пирогенала. — М., 2004
Л. Н. Юрьева. Профессиональное выгорание у медицинских работников. — Киев, 2004

* * *

- Вяч. Вс. Иванов. Наука о человеке. Введение в современную антропологию. — М., 2004
Ирина Паперно. Советский опыт, автобиографическое письмо и историческое сознание.// Новое литературное обозрение, № 68, 2004, 102 – 127
Манфред Кох-Хиллбрехт. Homo Гитлер: психограмма диктатора. — Минск, 2003
А. Л. Алишин, Е. Н. Князева. Скорость восприятия. // Вопр. филос., 2004, 9, 135 – 148

* * *

- Карл Поппер. Предположения и опровержения. Рост научного знания. — М., 2004
Адольф Грюнбаум. Нищета теистической космологии. // Вопр. филос., 2004, 8, 99 – 114; 9, 149 – 162; 10, 114 – 124
А. Н. Кричевец. Кризис математических наук и математического образования. // Ibid., 11, 103 – 115
Р. А. Аронов. Синдром Хлодвига и интерпретация научного знания // Ibid., 9, 170 – 175
В. К. Кантор. Возможность дышать или Лекарство от эфициоза. // Ibid., 8, 162 – 163
А. Я. Шаров. Хамелеон (почти по Чехову). У нас и у них (словарь — пособие).// Ibid., 8, 164 – 170

* * *

- Габриэль Марсель. Опыт конкретной философии. — М., 2004
Владимир Янкелевич. Ирония. Прощение. — М., 2004
Виктор Крафт. Венский кружок. Возникновение неопозитивизма. — М., 2003
Дэвид Эдмондс, Джон Айдиноу. Кочерга Витгенштейна — М., 2004

* * *

- Томаш Масарик. Философия — социология — политика. — М., 2003
Уильям Мак-Нил. Восхождение Запада. — Киев — Москва, 2004
Матвей Каган. О ходе истории. — М., 2004
Жоэль Котек, Пьер Ригуло. Век лагерей. — М., 2003
Г. Шиссер, Й. Траутман. Русская рулетка. Немецкие деньги для русской революции. — М., 2004
Германия и русская революция 1917 – 1924 гг. “Вуппертальский проект” Льва Копелева, т. 5, 1. — М., 2004.
Александр Клюге. Хроника чувств. — М., 2004
Николай Митрохин. Русская православная церковь. — М., 2004

* * *

- Г. С. Киселев (Иллинойский университет.). Шанс на свободу (о перспективах открытого общества) // Вопр. филос., 2004, 9, 3 – 15
Российская наука и молодежь (круглый стол) //, Ibid., 8, 3 – 33
Н. В. Мотрошилова. Идеи единой Европы // Ibid., 11, 3 – 18

ABSTRACTS & TRANSLATIONS

Schizophrenia: Medical and Anthropological Perspectives on Schizophrenia

Osborn Wiggins, Michael Schwartz (USA)

The authors claim that schizophrenia is not a disease in the same manner that a brain tumor or neurosyphilis. Schizophrenia lacks, even to the present day, a definite etiological agent and host resistance factors. Furthermore, there are marked dimensional features in schizophrenia, such as severity of psychopathology and tenacity and destructiveness of course. From an anthropological point of view, a person with schizophrenia can be seen as a "kind of person," capable of refined understanding and revelations, but ill because their schizophrenic psychopathology has constrained their capacity to behave and experience in important ways.

The anthropological perspective on schizophrenia can serve

many: the person with schizophrenia, the clinician who may be called on to treat that person, and the neuroscientist who is interested in investigating precisely how schizophrenia is manifested within the brain. Persons with schizophrenia are able, by more fully understanding their situation as a part of the broader human condition, to better comprehend themselves both as healthy persons and as persons possibly suffering from illness. A dialogue with others is thereby facilitated. Similarly, clinicians are better able to clarify precisely what is and what is not pathological about schizophrenia. This anthropological perspective can also inform neuroscientific investigations of brain.

Autopersonamnesia — is it a New Psychopathological Phenomenon?

V. G. Ostroglazov

One of the psychiatric problems of the last decade became the appearance of the autopersonamnesic persons — young men with specific lost of memory about their persons, but mentally sounds in other respects. In psychiatry their state is diagnosed as amnesia of unclear etiology. For study of that phenomenon the author has intro-

duced a new term — autopersonamnesia. The independent comparative clinical-psychopathological evaluation of three such persons was conducted. They had been committed in general and mental clinics many times. The results of the evaluation have been described. The hypothesis has been formulated.

Servile Spirit in the Crucial Moment — Road to Degradation

On October 5 – 7, 2004 in Moscow the annual All-Russian conference "Modern Challenges in Organization of Psychiatric Care: Clinical and Social Aspects" combined with the Conference of Chief psychiatrists and narcologists, heads of establishments responsible for psychiatric care and the Plenum of the Board of the Russian Society of Psychiatrists took place.

All those three responsible meetings of our leading psychiatrists were convoked a month after declaration of catastrophic for psychiatric care reform — restructurization of health care, which naturally was met in the professional community with sharply negative attitude. Actually it was even possible to consider it as an expression of professionalism, as our professionalism is unthinkable without care of patients. Meanwhile, the reform, which deprives patients of all former guarantees of decent level care and which relegates responsibility for financing psychiatric service from the federal to the regional level, where in most cases there are no funds, was motivated by the single principle of economy of funds without consideration of neither organizational elaborations of the Ministry of Health nor of specifics of psychiatry or of the humanistic principles. At the Parliamentary hearings the reform was greeted only by the most high ranking officials of the central and the regional ministries. The overwhelming majority was decidedly against it. However, that time publicly negative attitude and the corresponding protest were voiced only in the speech of Dr. Yu. S. Savenko, who had not been burdened by administrative posts. It was met by all with sympathy, but still remained the voice in the wilderness.

It runs in contrast with conclusions of the modern Western sociology, which recently even more categorically than before has

stressed the decisive role of the personal factor. Implementation in life of everything that we cherish depends on an active attitude of an actor.

What is it: servile spirit or intuition? More probably it is not an alternative, but a prognosis, confirming this servile spirit. Such is a typical constructing of social reality in contemporary Russia.

The main problem — how to organize effective protest against primitive concept of security, how to protect legal right for life and health of the most vulnerable category of population, which we are obliged to protect due to our profession, — was clearly and diligently evaded by the organizers of the conference. But retrograde tendencies were openly voiced in the speech of Prof. V. P. Kotov from the Serbski Center. Again and again Prof. Kotov was expressing his surprise of public indignation in regard to amendments to the Law on Psychiatric Care, which rudely violates rights of the mentally ill. He regarded as possible to strike off key definition "direct" in the most fundamental condition for immediate commitment — "direct danger". In reply the proposal of Acad. T. B. Dmitrieva followed — "so, let's introduce again all these proposal to the Duma". We witness how the democratic gains of the Law on Psychiatric Care are constantly under the threat and constantly demand active stand from all of us, which we have witnessed in the speech of Prof. Nosachev (Samara).

The Serbski State Center of Social and Forensic Psychiatry has again demonstrated its police nature: instead of protection of the mentally ill as the most vulnerable category of citizens — protection from the mentally ill. This is exactly the use of psychiatry for non-medical purposes.

The First National Congress on Social Psychiatry

On December 2 – 3, 2004 in the Moscow Government House the First National Congress on Social Psychiatry named Mental Health and Security in Society was held. Over 850 participants and 12 guests from the former Soviet Republics and abroad were present. The Congress had been prepared in haste, but it was excellently organized with the funds of over 30 pharmaceutical firms and other sponsors.

The honor of its opening was given to the representative of the Ministry of Health, by whose order of the October 14, 2004 the participants of the Congress were delegated. Among welcoming speeches two were standing out. The informal speech of the Chief psychiatrist of Moscow Prof. V. N. Kozhevnikov who said: "We work with figures which are better and better, but in fact everything is very bad. We wish that social psychiatry should be with the human face". The guest from the Ukraine Prof. Anatoly Chuprikov (Kiev) expressed his admiration of "how remarkably the Russian TV reflects the events on the Ukraine, i.e. that operation on manipulating minds, four fifths of "the orange" don't realize that they were being manipulated"

The main problem themes of the Congress were: hetero- and autoaggression, victimology, psychiatry of emergency situations, care of mental health and 6 satellite symposia on pharmacotherapy. A number of interesting reports on these themes were made.

Instead of five planned plenary reports two presentations were delivered: the summary central of Academician T. B. Dmitrieva "Mental health as condition of stability, security and harmonious development of society" and report on suicidology by the WHO representative Prof. J. M. Bertolote. In conclusion of the Congress the summary round table discussion "Directions and perspectives of development of social psychiatry in Russia" was organized. And there the speech of Dr. Yu. S. Savenko introduced unplanned note of dissonance into atmosphere of benefit performance.

"The Congress is held at the moment when under pretext of struggle against terrorism civil liberties of us and our patients are being curtailed. When the authorities in haste, guided by single measure principle of economy of funds, reducing all to the same level gave short shrift to psychiatry without consideration of its specifics and when the professional community acts as a hypnotized rabbit. The Congress is held at the moment when in Moscow the "Monkey process" is taking place, when all six state experts use their professionalism for fulfilling social order and not for elucidation of truth and the independent competitive evaluation has been suppressed. Not a word was said about that.

What have we heard in the report of Academician Dmitrieva, which had been beautifully designed and presented? — Selective fragmentary accounting of the situation, alleviating at the maximum its catastrophic level and absence of serious scientific analysis.

For instance, anomia (loss of respect and trust to institutions of their society) as evidently main reason of suicides in our country as distinct from developed countries was only mentioned on 4 – 5 places among others. As the main factor was named manipulation of human mind and the report praised conference on that theme organized by the Serbski Center, which had nothing in common with science with exception of aegis of the Russian Academy of Medical Sciences. Again "pseudoreligious totalitarian sects" and "control over mind" were mentioned. Such vocabulary is a reliable marker of non-scientific approach. Presented in the report a vicious circle in the society, according to which a great number of mental disorders leads to social unrest and it in its turn increases number of mental disorders contradicts modern scientific paradigm — synergetic, nonequilibrium. The offered model is a road to psychiatrization of reality. In the long run psychiatrists themselves will suffer.

As for the anxiety that had appeared in the society and numerous telephone calls to organizers of the Congress and to us as well, with the questions, whether there would be a push to amendments to the law, which had been repealed in autumn in face of popular indignation and whether the period of holding up in a mental establishment without sanction of court would be increased to 30 days are concerned, I assume that Tatyana Borisovna could have planned that, but due to the negative reaction in the society backed off. Two months ago at the All Russian Conference those amendments were again lobbied by Prof. V. P. Kotov and Tatyana Borisovna declared in public — "Why should not you put forward them again?". The essence of the amendments is in the comfort of psychiatrists. But at present the number of abuses is so great that dealing with this question is not timely. At this moment one should be guided by the priority of rights of our patients. The opposite choice is the essence of police psychiatry and finally one should not forget that the amendments contradict the International Law. The first suit on Russian psychiatry in the European Court — "Rakevitch against Russia" — had already been lost: the Court pointed out that not only all involuntary measures should be taken through court, but the patient himself has the right to appeal to Court against hospitalization. Russia was offered to introduce that right to the Law.

In conclusion I would like to suggest to invite opponents, not to refrain from acute subjects, to prefer the form of symposia and to discuss draft laws beforehand, but not after decisions adopted in high places".

That speech gave way to the following revelation of T. B. Dmitrieva: "The Law on Psychiatric Care outstripped the development of the country for minimum of 10 years. At present because of the Law suffer doctors and patients. The Law had played its positive role. We won't touch it, let the Government change it".

So the concern of journalists was justified and their active stand prevented recommendation of amendments on behalf of the First National Congress on Social Psychiatry. — This is a magnificent example of value of an active civil stand.

At the end of the Congress the draft resolution of the Congress was read. It appeared to be almost a copy of our declarations: in strong words the government had been denounced for lack of financing and so on. In addition, it was suggested to appeal to the World Association of Social Psychiatry to create the Russian branch and to introduce its representative in the governing bodies.

So, our criticism had been immediately utilized totally without embarrassment, converting in the means of political demagogic, PR, exactly that manipulation of minds of naive common people, which the mass-media uses to reproach "totalitarian sects". As a result, the essence was being emasculated and arguments were being devalued. This elementary deceit can be overcome only by contextual study which is accessible to ordinary people: not only right words are important, but trust to people who say them. Prof. Z. I. Kekelidze, deputy to T. B. Dmitrieva said: "Some years ago nobody wanted to listen to us, now everything is otherwise...". Everything is different due to the state control over TV and the mass media. So as to heighten reputation of her odious establishment Academician T. B. Dmitrieva even did not hesitate to accommodate the Beslan children to her Center for rehabilitation — a stone ward, actually a prison block in the center of Moscow. Z. I. Kekelidze praised very much the report of Academician of RAMN P. I. Sidorov (Arkhangelsk) "Psychic terrorism as a mass form of illegal weapon", suggesting to turn it into the lecture. Here there is the manipulation of conscience on the part of the mass media and "totalitarian sects" had been played up in such a way that it became a theoretical basis for court persecution.

Благодаря поддержке Института “Открытое Общество”
в рамках программы дестигматизации психически больных
НПА России осуществила издание популярных буклотов
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 малопрогредиентной 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-е 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 Столбунова.
- 1994, IV: Психоанализ в противоречиях — Биографический метод — Терапия смыслотраты.
- 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 “тираны права” — Сорокин об ошибке русской интеллигенции.
- 1998, IV: Концепция психопатологического диатеза — Полемика о путях борьбы с наркоманиями — Психиатрия и религия — Курт Гольдштейн: Принцип целостности.
- 1999, I: Курт Шнайдер. Религиозная психопатология (1) — Психотерапия — Экспертиза “Свидетелей Иеговы” — Басня о психотронном оружии.
- 1999, II: Шнайдер (2) — Социальная психиатрия — Психотерапия — Всероссийский семинар к 10-летию НПА.
- 1999, III: Шнайдер (3) — Тенденции российской психиатрии — Экспертиза сайентологов.
- 1999, IV: Кризис современной психиатрии — ЭЭГ при молитве и голодании — Психиатрия и религия — Дело Платона Обухова — Этика экспертизы.
- 2000, I: О Рильке — Объединения родственников больных — Полемика — Проект Закона.
- 2000, II: Кассирер: Техника политических мифов — “Открытый диалог” — Экспертиза парасуицида — Корсаковская экспертиза — Дело Шмита (1).
- 2000, III: Критика МКБ-10 — Психофармакология — Социальная и судебная психиатрия — Дело Шмита (2).
- 2000, IV: X-ый съезд НПА России: Проблема доверия — Обсессивный синдром — Опасные действия больных — Ганнушкин — Зейгарник — XIII съезд психиатров России.
- 2001, I: X съезд НПА России — проблема доверия — Дискуссия о судебно-наркологической экспертизе — Парадоксы невменяемости — Концепция “промывания мозгов” — фальшивка ЦРУ — Об экспертизах сайентологов и истовистов.
- 2001, II: Экзистенциальный анализ восприятия князя Мышина — Психопатологический диатез — О психическом здоровье и со-ствязательной экспертизе — Экспансия идеологии на психическое здоровье.
- 2001, III: Крепелин — Нет — метадону — Признаки упадка психиатрии (1) — Эпическая терапия — Дело Столбунова.
- 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.
- 2003, I: Николай Гартман — Эксп. Буданова 3 — Пресса и психич. здоровье.
- 2003, II: Рохлин — Фрумкин — О предмете психиатрии — Мониторинг ПБ России 1.
- 2003, III: Ясперс — Ануфриев — Критика поправок закона — Эксп. Буданова 4.
- 2003, IV: Штернберг — Есенин-Вольгин — Дело Ракевич — Демедицинизация — Эксп. оценка психич. ретардации.

Материалы для публикации присыпать по адресу:

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

Статьи следует сопровождать резюме для перевода на английский язык

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

Адрес для корреспонденции: 121019, Москва, Новый Арбат, 11-1922.

Российский исследовательский центр по правам человека. НПА России