

ISSN 1028-8554

НЕЗАВИСИМАЯ ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ АССОЦИАЦИЯ РОССИИ

INDEPENDENT PSYCHIATRIC ASSOCIATION OF RUSSIA

**НЕЗАВИСИМЫЙ
ПСИХИАТРИЧЕСКИЙ
ЖУРНАЛ**

**INDEPENDENT
PSYCHIATRIC
JOURNAL**

**ВЕСТНИК НПА
IPA HERALD**

I

2005

МОСКВА

МЕЖДУНАРОДНЫЙ
РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ
ПО ФЕНОМЕНОЛОГИЧЕСКОЙ
ПСИХИАТРИИ

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

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ

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

INTERNATIONAL
EDITORIAL COUNCIL
ON PHENOMENOLOGICAL
PSYCHIATRY

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

EDITORIAL BOARD

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

Сдано в набор 21.03.2005. Подписано в печать 31.03.2005. Формат 60×84 1/8.
Бумага типографская офсет № 1. Гарнитура “Таймс”. Печать офсетная.
Тираж 1000 экз. Заказ № 2005-01-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

120-ЛЕТИЕ КЛАССИЧЕСКОЙ РАБОТЫ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ПСИХИАТРИИ	5
ИЗ НАСЛЕДИЯ	
О псевдогаллюцинациях — В. Х. Кандинский	7
АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ПСИХИАТРИИ	
Российская наркополитика: время перемен — Л. С. Левинсон	11
Метафора как путь познания — Н. Н. Nikolaенко (Санкт-Петербург)	15
Среда обитания души (О вспомогательных, косвенных признаках “больной душевной жизни”) — И. М. Беккер, О. И. Несифорова (Набережные Челны).	19
КЛИНИЧЕСКИЕ РАЗБОРЫ	
Диэнцефалез — это дебют шизофрении? — А. Ю. Магалиф	24
Autopersonamnesia — новый психопатологический феномен? (продолжение) — В. Г. Остроглазов	35
ПСИХИАТРИЯ И ПРАВО	
Проблема латентности изнасилований — Ю. Н. Аргунова	42
ИЗ ДОСЬЕ ЭКСПЕРТА	
Беспредел правоохранительных органов. Будет ли ему положен предел? — Л. Н. Виноградова, М. А. Курбанов, Н. В. Спиридонова	49
СУДЕБНАЯ ПСИХИАТРИЯ	
Недееспособность — навсегда?.. — А. В. Деменева (Екатеринбург)	54
Расстройство в виде множественной личности в США — В. В. Мотов (Тамбов).	57
ИСТОРИЯ	
Уникальная фотография 1926 г.	68
40 лет знаменитого интервью Карла Ясперса.	69
РЕЦЕНЗИИ И ОТКЛИКИ	
“Карательная психиатрия в России”.	74
ХРОНИКА	
Письмо Российского общества психиатров о перечне льготных лекарств	76
X Консторумские чтения.	78
ВОСПОМИНАНИЯ	
Предисловие к публикации воспоминаний д-ра Д. А. Черняховского об акад. Ю. Б. Харitonе и акад. А. Д. Сахарове — А. Ю. Семенов.	80
Заметки врача — Д. А. Черняховский	82
ПСИХОПАТОЛОГИЯ И ТВОРЧЕСТВО	
Патография Николая Ставрогина — Н. Н. Богданов	87
Стихи Анатолия Антонова.	93
ЮБИЛЕИ	
РЕКОМЕНДАЦИИ	98
АННОТАЦИИ И ПЕРЕВОДЫ.	99

CONTENTS

120-TH JUBILEE OF CLASSICAL WORK OF RUSSIAN PSYCHIATRY	5
FROM THE HERITAGE	
On pseudo hallucinations — V. H. Kandinski	7
URGENT PROBLEMS OF PSYCHIATRY	
Russian policy in the sphere of drug addition: the time of changings — L. S. Levinson	11
Metaphor as a way to knowledge — N. N. Nikolaenko (Saint-Petersburg)	15
Soul's habitat (On supplementary indirect features of "life of the mentally ill soul" — I. M. Bekker, O. I. Nesiforova (Naberezhnye Chelny)	19
DISCUSSION OF A CLINICAL CASE	
Diencephalosis — Is it a manifestation of schizophrenia? — A. Yu. Magalif	24
Autopersonamnesia — is it a new psychopathological phenomenon? (continuation) — V. G. Ostroglazov	35
PSYCHIATRY AND LAW	
The problem of unrevealed rapes — Yu. N. Argunova	42
FROM AN EXPERT'S DOSSIER	
Arbitrariness of law enforcement bodies. Will it come to an end? — L. N. Vinogradova, M. A. Kurbanov, N. V. Spiridonova	49
FORENSIC PSYCHIATRY	
Incapacity — is it for ever? — A. V. Demeneva	54
Multiple personality disorder in the USA — V. V. Motov (Tambov)	57
HISTORY	
Unique picture	68
40 years of renowned interview of Karl Jaspers	69
REVIEWS AND COMMENTS	
"Punitive psychiatry in Russia"	74
REMINISCENCES	
Foreword to the memoirs by Dr. Chernyakhovski about Academician Yu. Khariton and Academician A. Sakharov — A. Yu. Semenov	76
Doctor's remarks — D. A. Chernyakhovski	78
CHRONICLE	
Letter of the Russian Society of Psychiatrists on the List of discount drugs	80
X-th Konstorum Hearings	82
PSYCHOPATHOLOGY AND CREATIVENESS	
Pathography of Nikolai Stavrogin — N. N. Bogdanov	87
Poems by Anatoly Antonov	93
JUBILEES	
RECOMENDATIONS	98
ABSTRACTS AND TRANSLATION	99

120 ЛЕТ КЛАССИЧЕСКОЙ КНИГЕ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ПСИХИАТРИИ



Отечественной психиатрии есть чем гордиться по большому счету. В этом ряду на первое место можно по праву поставить работу Виктора Хрисанфовича Кандинского “О псевдогаллюцинациях” (1885, 1890, 1952, 2001).

Это самая ценимая и самая цитируемая с давних пор во всем мире отечественная работа по психиатрии. Ее значение в истории отечественной и мировой психиатрии сравнимо с местом Ф. М. Достоевского, единственного, кого Фридрих Ницше назвал как психолога своим учителем. Карл Ясперс из отечественных авторов опирается как раз на Кандинского и Корсакова, в “Общей психопатологии” он приводит обширные цитаты из Кандинского, иллюстрирующие псевдогаллюцинации, автоматизмы речи, аномальные сновидения.

Выделение и необыкновенная проникновенность описания Кандинским псевдогаллюцинаций связано с тем, что это строгое самоописание, что история болезни Долинина в этой монографии — история его собственной болезни. “Имея несчастье в продолжение двух лет страдать галлюцинаторным помешательством и сохранив после выздоровления способность вызы-

вать известного рода галлюцинации по произволу, я, естественно, мог на себе самом заметить некоторые условия происхождения чувственного бреда”¹. Перед нами настоящее феноменологическое исследование, признаком которого, по словам Ясперса, является не число исследованных больных, а глубина проникновения в каждого больного. Тем более, что речь идет о наиболее структурно сложном, трудном для вербализации и диагностически значимом синдроме первого ранга, получившем имя Кандинского и Клерамбо (Gatian G. de Clerambaut), который только через 40 лет детально типологизировал структуру этого синдрома.

Ставшее классическим описание сопровождается не менее тонким и глубоким сравнительным анализом описаний другими авторами сходных феноменов, не считающимся со сколь угодно высокими авторитетами, когда речь идет о научной взыскательности.

Другим драматическим обстоятельством, — впрочем, составляющим печальную отечественную традицию, — является история публикации этой классиче-

¹ Кандинский В. Х. К учению о галлюцинациях // “Медицинское обозрение”, 1880, т. 13, июнь, с. 816 – 824.

ской работы. Представленная Кандинским председателю Санкт-Петербургского общества психиатров проф. И. П. Мержеевскому на соискании премии им. врача Филиппова в 1885 году и удостоенная этой премии, а в январе 1886 года еще и постановления о ее публикации на средства Общества, она не была напечатана “за отсутствием средств”. Кандинский так и не дождался этой публикации на русском языке. Дело ограничилось публикацией только выводов этой монографии (5 стр. вместо 170)².

Однако на немецком языке рукопись “О псевдогаллюцинациях”³ была опубликована сразу же — в 1885 году и сразу стала одной из самых цитируемых.

Только после трагической смерти Кандинского в 1889 году его вдова Елизавета Карловна Фреймут-Кандинская забрала рукопись и издала ее за свой счет в 1890 году, после чего покончила, как и муж, жизнь самоубийством.

Кандинский прожил всего 40 лет. Однако интенсивность его творческой деятельности, ее разнообразие и масштаб сделанного поражают. Монография “О псевдогаллюцинациях” не единственная его работа, ставшая классической. Кандинский подробно обосновал в 1883 году необходимость ввести в законодательство помимо медицинского, также психологический (юридический) критерий вменяемости, что сделало его одним из основоположников отечественной судебной психиатрии. Однако его монография “К вопросу о невменяемости” также увидела свет только благодаря подвижничеству его жены, выпустившей эту книгу со своим предисловием и примечаниями на свои средства в 1890 году.

В 1882 году Кандинский предложил свою классификацию психических заболеваний, которая тогда же была введена в Санкт-Петербургской психиатрической больнице св. Николая Чудотворца, где он работал, а в 1886 году принята на Первом съезде отечественных психиатров. Выделенная в ней “идеофrenia” соответствует нынешней шизофрении. Кандинский написал еще много других работ, рецензий и рефератов, выступил во многих дискуссиях, перевел Мейнерта и Вундта.

Творчество Кандинского распадается на московский и санкт-петербургский периоды, рубежом которых стала его психическая болезнь. Это, пожалуй, самый яркий случай, когда психическая болезнь приво-

дит к профессии психиатра и — более того — в результате строгого исследования собственной болезни — к классической работе.

Родившийся в Нерчинском уезде Забайкальской губернии в 1849 году в семье известного купца, где в роду с обеих сторон было много одаренных людей⁴ и душевнобольных, Кандинский окончил с отличием московскую гимназию, а затем медицинский факультет Московского университета, где его учителем был проф. А. Я. Кожевников. Но первоначально в 1873 — 1876 гг. он работает ординатором общесоматической Первой градской больницы в Москве. В 1876 — 1877 гг. в качестве судового врача участвует в русско-турецкой войне, где переносит психотическое состояние, которое и привело его к психиатрии. В 1880 году он публикует описание собственной болезни — “К учению о галлюцинациях”. В 1881 году выходит немецкий перевод⁵ и сразу получает отклик во французской и немецкой литературе, в частности, со стороны Сегла (Seglas) и Генриха Шюле (H. Schüle), автора знаменитого учебника, с которым у Кандинского заочно установились дружеские отношения. Оба не занимали никаких руководящих постов. В 1881 — 1889 гг. Кандинский — ординатор психиатрической больницы св. Николая Чудотворца в Санкт-Петербурге. Здесь он и создает свое вершинное произведение “О псевдогаллюцинациях”.

Итак, работа всеми признанная классической, была переиздана только в 1952 году (спустя 62 года) по инициативе А. В. Снежневского с его предисловием, сокращениями и комментариями, в которых живо ощущался погромный дух Павловской сессии. Очередное издание вышло спустя еще полстолетия, в 2001 г. в первоначальном виде⁶. Восстановлены сотни снятых ссылок и приложение (таблицы с объяснениями). В 1975 и 2004 гг. вышло блестящее исследование “Жизнь и творчество выдающегося русского психиатра В. Х. Кандинского” профессора Л. Л. Рохлина.

Книга “О псевдогаллюцинациях” из тех, что не стареют, из тех, что образуют фундамент психопатологии, которые важно перечитывать. Тогда молодые и не только молодые психиатры не будут путать навязчивые и насильтственные представления, как и многое другое.

Ю. С.

² Кандинский В. Х. Клинические и критические изыскания в области чувств // “Медицинское обозрение”, 1885, т. 23, № 3, с. 231 — 235

³ Kandinsky V. Kritische und klinische Betrachtungen im Gebiete der Sinnestänschungen. Erste und zweite studie. Berlin. Friedlander und sohn. 1885. 170 s.

⁴ Деды В. Х. Кандинского и отца абстракционизма в живописи Василия Васильевича Кандинского были родными братьями

⁵ “Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten”, 1881, Bd. 11, H. 2, s. 453 — 464

⁶ Выражая благодарность инициаторам переиздания монографии В. Х. Кандинского “О псевдогаллюцинациях” в первоначальном виде, в дешевом студенческом издании, мы вынуждены отметить некорректность постановки копирайта на Издательство НГМА (Нижегородской государственной медицинской академии), а не на В. Х. Кандинского. Издатели вправе на копирайт только за редактуру, оформление и т.п.

О псевдогаллюцинациях¹

В. Х. Кандинский

Привожу резюме, представляющее точный смысл этого этюда и главнейшие из тех результатов, к которым я пришел.

I. Несмотря на количественное богатство литературы об обманах чувств, учение о галлюцинациях еще далеко не закончено; теория, всецело объемлющая действительные факты, по этому предмету до сих пор еще никем не представлена.

II. Не только в практике, но и в литературе до сих пор весьма часто причисляют к галлюцинациям субъективные явления, в действительности к первым во все не принадлежащие.

III. Необходима установка точного понятия о галлюцинации. Галлюцинация есть прежде всего субъективное (бездейственное) чувственное восприятие, и потому содержание ее всегда конкретно: абстрактных галлюцинаций (как, например, допускавшиеся Кальбаумом) не бывает. Однако не всякое субъективное чувственное восприятие есть галлюцинация.

IV. У душевно-больных должны быть различаемы (не только теоретически, но и практически) три рода субъективных чувственных восприятий: а) простые, хотя бы по своей живости и чувственной определенности сравнительно со средней нормой чрезвычайно усиленные образы воспоминания и фантазии; б) собственно псевдогаллюцинации (псевдогаллюцинации — в моем, а не гагеновском смысле) и в) настоящие галлюцинации. При всех только что названных трех родах субъективных восприятий — чувственные образы одинаково “проецируются наружу” и одинаково соединены с побочными представлениями двигательного характера.

V. Настоящей галлюцинацией субъективное чувственное восприятие может быть названо только в тех случаях, если чувственный образ представляется в восприемлющем сознании с тем же самым *характером объективной действительности*, который при обычных условиях принадлежит лишь к восприятиям реальных внешних впечатлений. Различий в степени объективности между действительно-галлюцинаторными чувственными образами не существует; наполовину галлюцинировать нельзя — и в данную

минуту больной либо имеет действительную галлюцинацию, либо не имеет ее (а имеет, например, лишь псевдогаллюцинацию). Между не галлюцинаторными чувственными восприятиями (образы воспоминания и фантазии, мои псевдогаллюцинации) и галлюцинации — что касается характера объективности или действительности, — переходов не существует.

VI. Будучи такими фактами сознания, которые являются (для самого восприемлющего сознания), либо совершенно равнозначащими с имеющимися место рядом с ними объективными чувственными восприятиями, либо заменяющими последние, при их прекращении (как при сновидении и при сноподобных галлюцинациях), — галлюцинации вообще должны иметь, по меньшей мере, два различных способа происхождения.

VII. Существуют галлюцинации чисто кортикалльного происхождения (именно: сновидения и галлюцинаторные состояния, аналогичные сновидению). Здесь галлюцинация может получиться прямо из простого чувственного образа воспоминания (а тем более — из псевдогаллюцинации), но для такой “объективизации” чувственного образа необходимо *прекращение* восприятий внешних впечатлений, другими словами, необходима известная степень *помрачения сознания*. При продолжающемся же восприятии внешних впечатлений, т.е. при не помраченном сознании, — галлюцинации чисто кортикалльного происхождения (в противность теории Ландуа и Тамбурини) невозможны.

VIII. Гризингер и Кальбаум в некотором смысле предупредили открытие чувственных центров мозговой коры. Эти авторы (а не Ландуа или Тамбурини) суть истинные творцы теории кортикалльного происхождения галлюцинаций (теории в том смысле, в каком она до сих пор формулировалась, по моему мнению, неверной).

IX. При расстроенном (в отношении восприятия впечатлений из реального внешнего мира) сознании галлюцинаций могут получиться (в противность общепринятому воззрению) не иначе, как при участии субкортикалльных чувственных центров. Характер объективности, или действительности, придается нормальному объективному восприятию, равно как и восприятию истинно галлюцинаторному, ни чем иным, как именно участием возбуждения субкортикалльных чувственных центров.

¹ Последняя глава монографии с приложением, опущенным А. В. Снежневским в ее переиздании 1952 г.

X. В противность наиболее распространенному воззрению, галлюцинация ни в каком случае не может получиться из чувственного представления (не только обыкновенного, но и псевдогаллюцинаторного) *единственно* лишь путем усиления напряженности или интенсивности представления. С другой стороны, высокая степень интенсивности вовсе не есть необходимое условие для того, чтобы субъективное чувственное восприятие при наличии одного из моментов, указанных в пунктах VII и IX, стало галлюцинацией.

XI. Что касается псевдогаллюцинаций, то в том смысле, или, по крайней мере, в том объеме, как в моей настоящей работе, они не были еще никем описаны. Фантазмы *Лудвига Мейера* суть ни что иное, как истинные галлюцинации, ошибочно этим автором не считаемые за таковые. “Психические галлюцинации” *Бэлларже* всего ближе подходят к тому, что я называю псевдогаллюцинациями, но, *Бэлларже* в лучшем случае, знал лишь одни слуховые псевдогаллюцинации, причем, однако ж, ошибочно лишил этого рода субъективные восприятия всякого чувственного характера; кроме того, *Бэлларже* был далек от мысли дать своим “психическим галлюцинациям” то теоретическое значение, которое я придаю теперь псевдогаллюцинациям. *Гаген* же под названием псевдогаллюцинаций описал психопатологические явления, действительно не имеющие никакого чувственного характера (и потому не совпадающие с моими псевдогаллюцинациями), но не принадлежащие большей частью к обманам воспоминания.

XII. То, что я называю настоящими псевдогаллюцинациями, есть — весьма живые и чувственно до крайности определенные субъективные восприятия, характеризующиеся всеми чертами, свойственными галлюцинациям, за исключением существенного для последних характера объективной действительности; только в силу отсутствия этого характера они не суть галлюцинации. Псевдогаллюцинации возможны в сфере каждого из чувств, но для ознакомления с сущностью этого рода субъективных психопатологических фактов достаточно изучить псевдогаллюцинации зрения и слуха.

XIII. Мои псевдогаллюцинации не суть простые, хотя бы необычайно живые, образы воспоминания и фантазии; оставляя в стороне их несравненно большую интенсивность (как признак несущественный), я нахожу, что они отличаются от обыкновенных воспроизведенных чувственных представлений некоторыми весьма характерными чертами (как-то: рецептивное отношение (в Фехнеровском смысле) к ним сознания; их независимость от воли, их навязчивость; высокая чувственная определенность и законченность псевдогаллюцинаторных образов; неизменный или непрерывный характер чувственного образа при этом рода субъективных явлениях).

XIV. Бывают не только гипнагогические галлюцинации, но и гипнагогические псевдогаллюцинации.

XV. Независимо от моментов, приведенных в пунктах VII и IX, псевдогаллюцинация не может превратиться в галлюцинацию.

XVI. В чувственном бреду острых больных (в особенности параноиков) обильные, живо одна другой сменяющиеся псевдогаллюцинации играют не менее важную роль, чем настоящие галлюцинации. Бывают, впрочем, и стабильные псевдогаллюцинации (чаще при хронических формах сумасшествия).

XVII. Псевдогаллюцинации являются лишним доводом против ни к чему не нужной антрафизиологической теории центрифугального распространения возбуждения по центрипетальным головно-мозговым путям.

XVIII. Псевдогаллюцинации имеют местом своего происхождения чувственные центры мозговой коры и предполагают собой или общее состояние ненормально повышенной возбудимости этих центров, или даже существование в последних самостоятельного местного раздражения (автоматическое парциальное возбуждение).

XIX. Не отрицая факта галлюцинаторных воспоминаний (в тесном смысле, а не в смысле “фанторемии” *Кальбаума*), я имею факты, относящиеся к тому, что может быть названо “псевдогаллюцинаторные воспоминания” (чаще — псевдовоспоминания).

XX. “Внутреннее говорение” самих больных, как и вообще все случаи насильтвенной иннервации центрального аппарата речи, не принадлежит ни к галлюцинациям (*Бэлларже*), ни к псевдогаллюцинациям, и должно быть резко отличаемо от “внутреннего (псевдогаллюцинаторного) слышания” больных. Простое (не образное) насильтвенное мышление, естественно, относится не к области псевдогаллюцинаций, но к области расстройств чисто интеллектуальных.

Что касается до слуховых галлюцинаций, которые столь характеристичны для многих форм параной (в особенности, для форм хронических), то происхождение этих галлюцинаций, не связанное с моментом, упомянутым в пункте VII, требует внимательного изучения относящихся сюда клинических фактов. Этот вопрос, допускающий не только клиническую, но и экспериментальную обработку, составляет предмет моего следующего этюда. Впрочем, могу сказать вперед, что этого рода слуховые галлюцинации суть псевдогаллюцинации, превратившиеся в настоящие галлюцинации через влияние раздражения (помимо, однако, центрифугальности) в субкортикальном центре слуха.

(Сдано в Общество Психиатров,
для напечатания, 20 декабря 1886 г.).

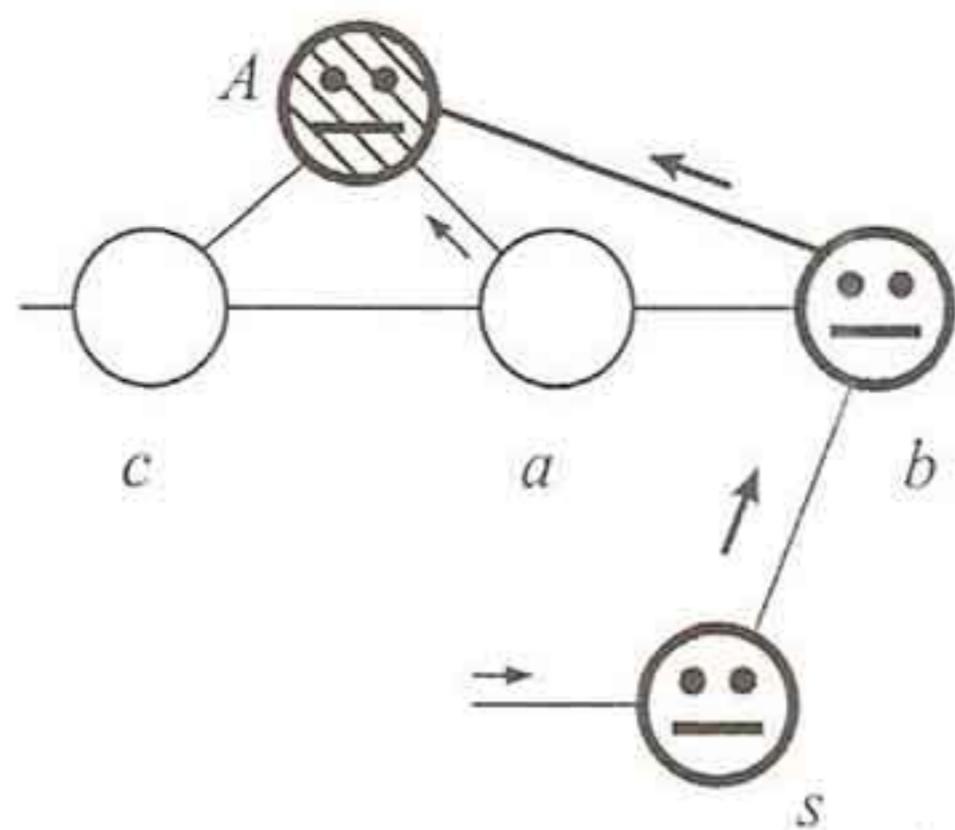


Рис. 1. Простая или первичная галлюцинация

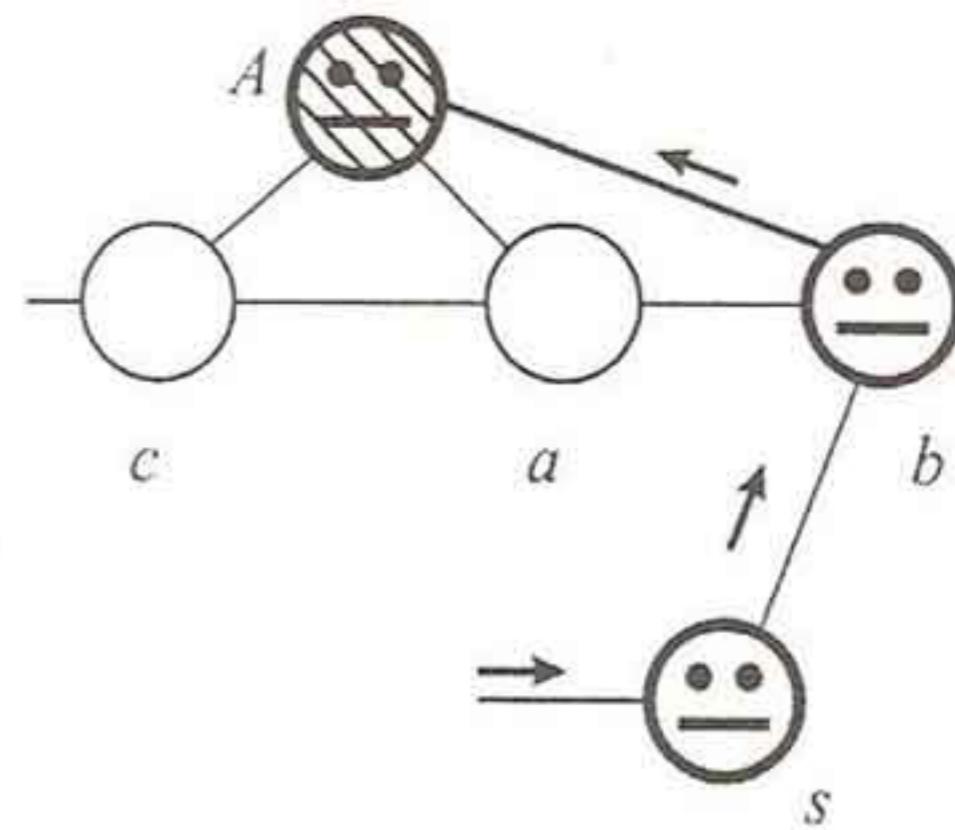


Рис. 2. Акт объективного чувственного восприятия

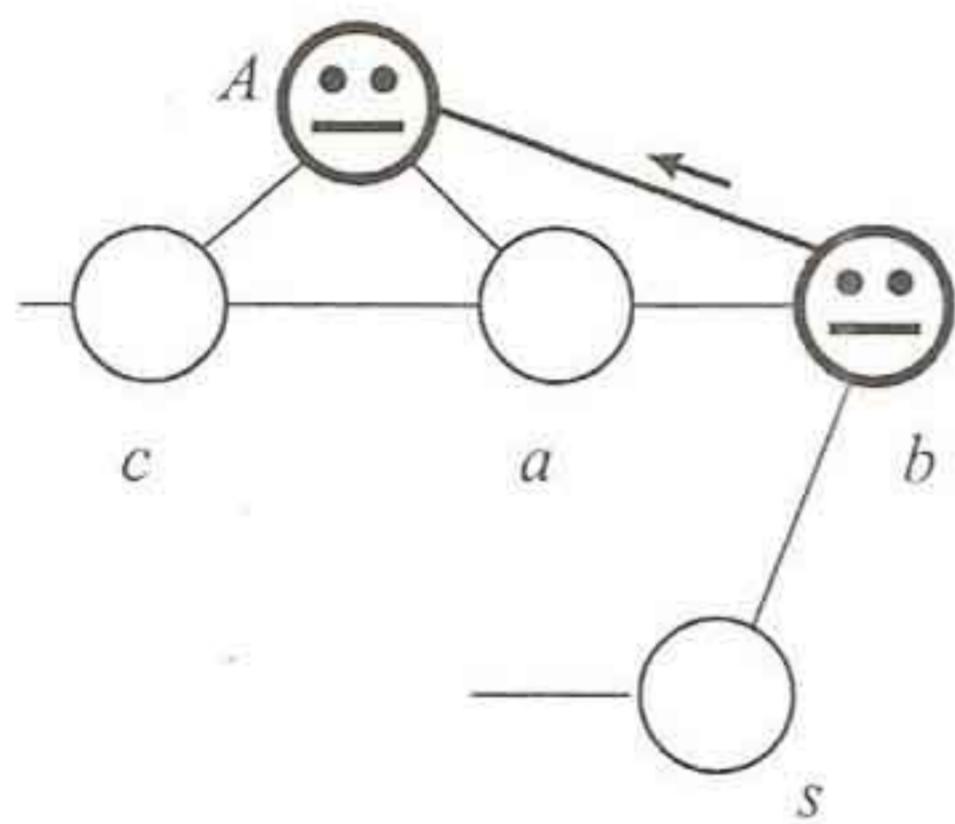


Рис. 3. Псевдогаллюцинация в собственном смысле слова (первый способ)

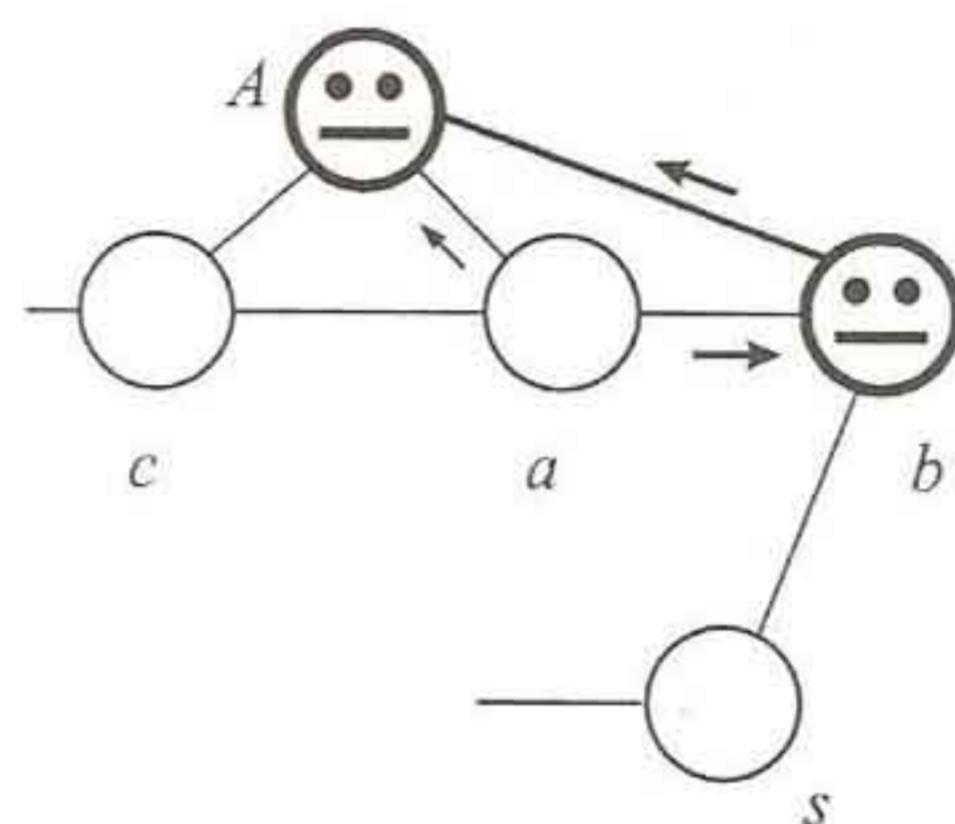


Рис. 4. Акт чувственного воспоминания

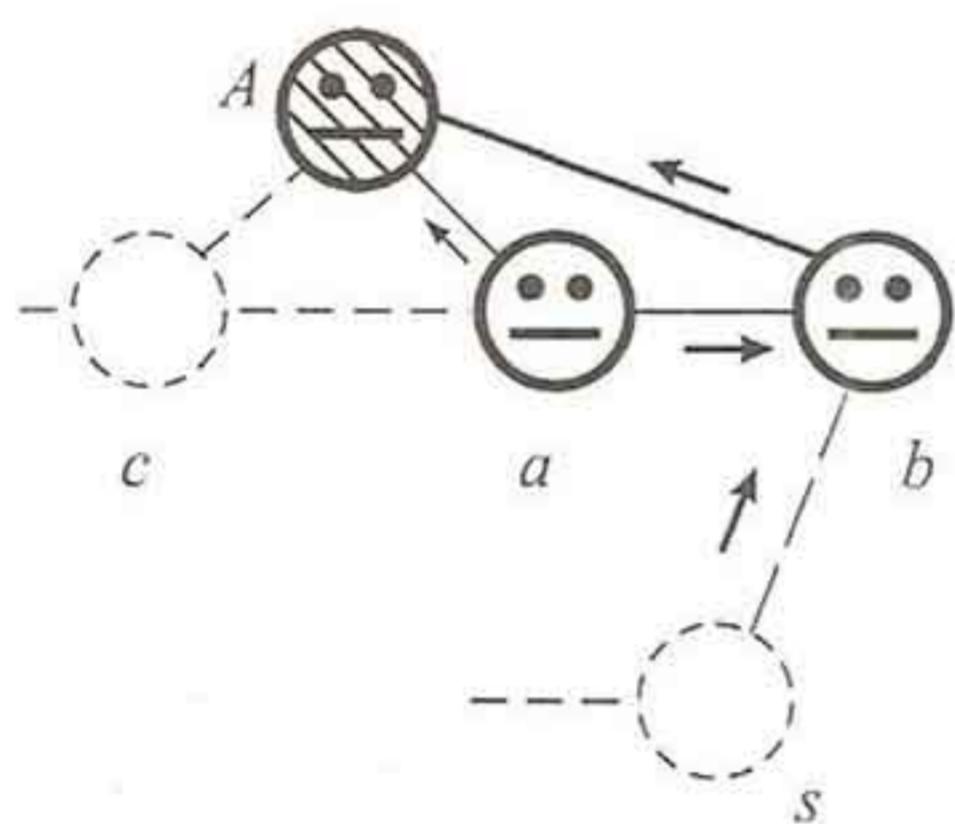


Рис. 5. Сноподобная галлюцинация

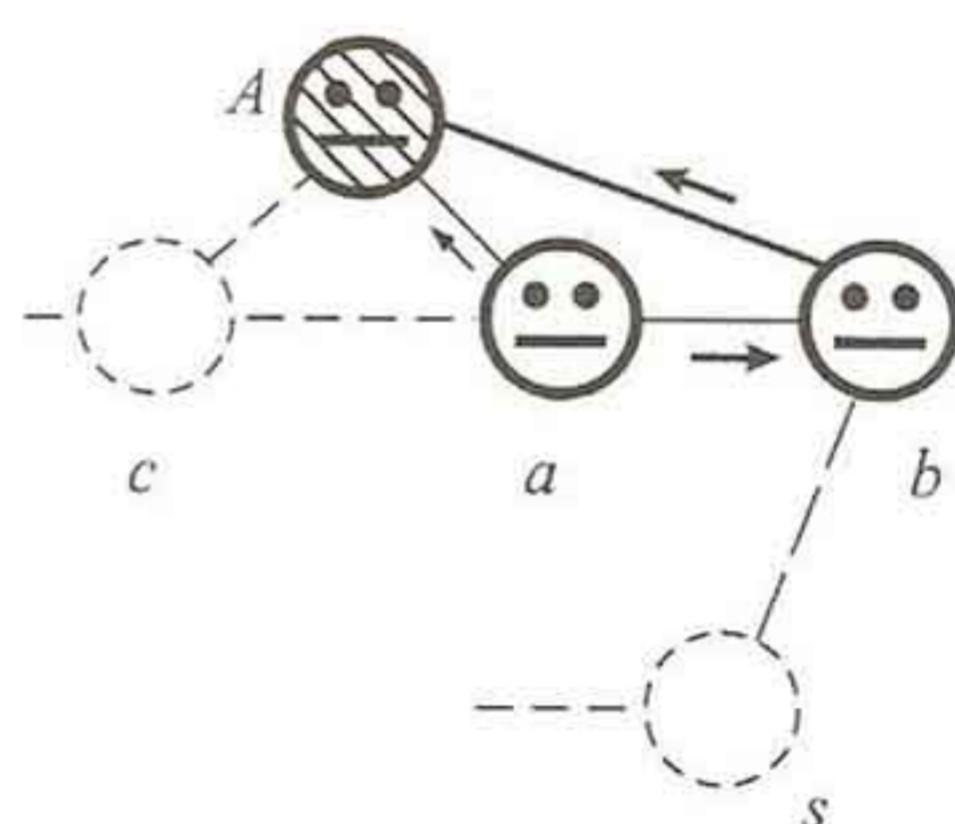


Рис. 6. Сновидение

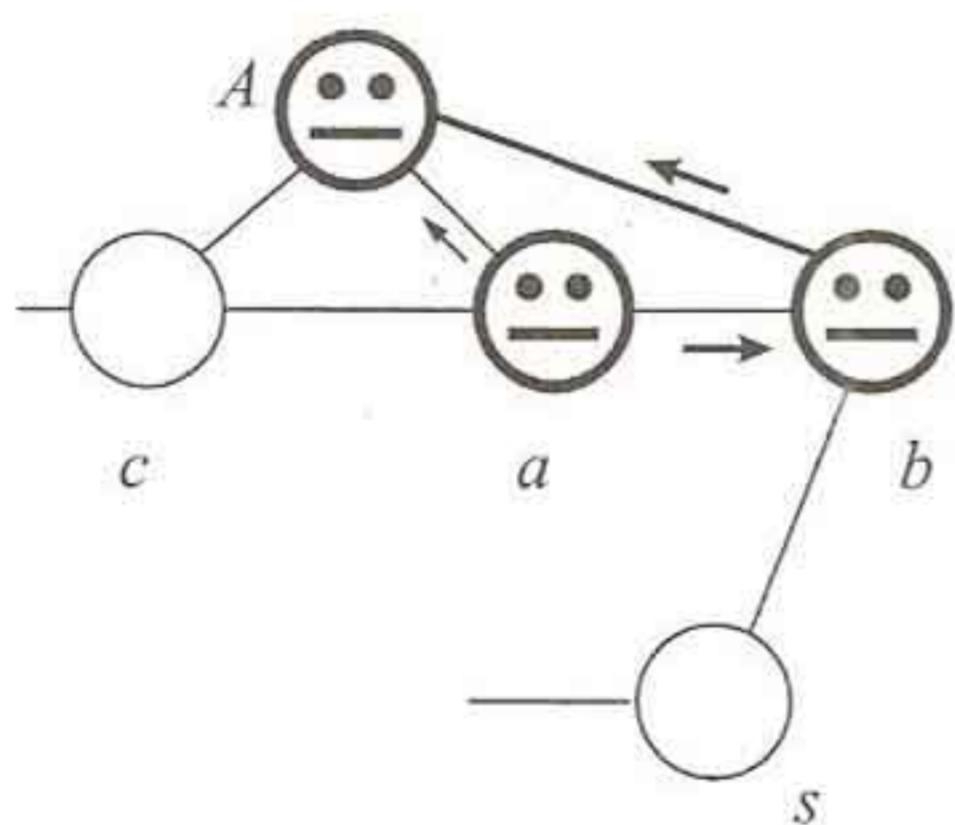


Рис. 7. Псевдогаллюцинация в собственном смысле слова (второй способ)

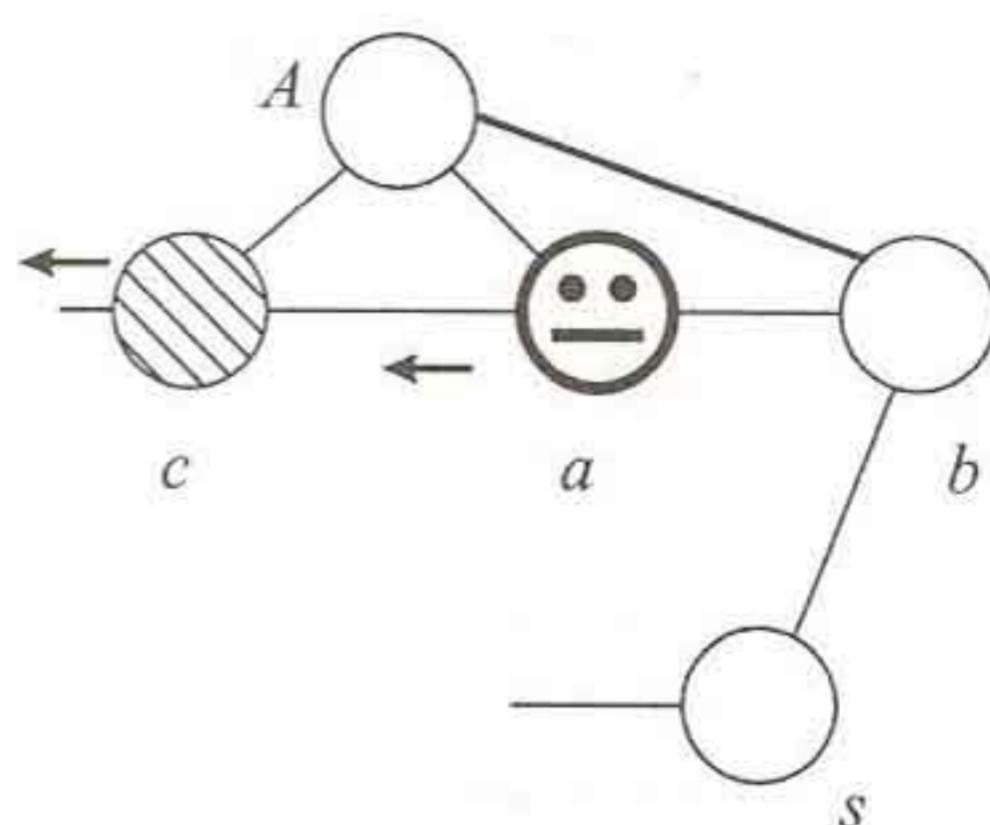


Рис. 8. Насильственное говорение

ПРИЛОЖЕНИЕ

Объяснение таблиц

Для большей наглядности взаимного различия тех явлений, о которых идет речь в этой работе, я попробовал изобразить их графически на прилагаемых при сем табли-

цах. Весь механизм этих явлений может быть сведен к взаимодействию 3 – 4-х центров. Центры, находящиеся в состоянии нормальной возбудимости, изображены на моих чертежах тонкими круговыми линиями; центры, находящиеся в состоянии болезненно-усиленной возбудимости — кругами, начерченными толсто, и центры, деятельность которых в данное время понижена, —

кругами пунктирными. Прямые линии, соединяющие круги, изображают пути проведения; при этом толсто начертанные прямые обозначают те пути, которые при данных условиях действуют особенно энергично; пунктирные же прямые соответствуют путям, остающимся без действия. Направление как кортикового интрацентрального, так и субкортикового (центрального) проведения указано стрелками.

Во всех фигурах: *s* обозначает субкортиковый чувствственный центр или центр или центр перцепции, *b* — чувствственный центр мозговой коры или центр апперцепции, *a* — центр абстрактного (бессознательного resp. полусознательного) представления, *c* — двигательный кортиковый центр речи, и наконец *A* — центр ясно сознательного мышления и вместе с тем орган преапперцепции. Затушеванность центра *A* штрихами в рис. 1, 2, 5 и 6 показывает, что чувственный образ в этих случаях имеет, в момент преапперцепции восприятия, характер объективности. В частности, фигуры служат выражением следующего:

Рис. 1. Простая или первичная галлюцинация (которая может иметь место одновременно и рядом с объективными восприятиями). Возбуждение имеет исходной точкой субкортиковый центр *s*, возбудимость которого в данном случае болезненно усиlena; в силу закона центрипетального (по отношению к корковым центрам) проведения возбуждения в кортиковом чувственном центре *b* (возбудимость которого здесь тоже повышена) возникает чувственный образ; последний, преапперцируясь в центре *A*, будет иметь (в силу того, что в явлении участвует субкортиковый центр *s*) в сознании характер объективности.

Рис. 2. Акт объективного чувственного восприятия. Внешнее впечатление, подействовав на периферический орган чувства, перципируется в субкортиковом чувственном центре *s*, апперцируется в кортиковом чувственном центре *b* и преапперцируется (разумеется, с характером объективности) в центре *A*.

Рис. 3. Псевдогаллюцинация в собственном смысле слова; (первый способ). В состоянии повышенной возбудимости находится кортиковый чувствственный центр *b*, в котором, под влиянием внутреннего (автоматического) раздражения, и возникает весьма живой (псевдогаллюцинационный) чувственный образ, преапперцирующийся в центре *A*, однако без характера объективности, потому что восприятие внешних впечатлений в данном случае не прекращено.

Рис. 4. Акт чувственного воспоминания, где исходной точкой возбуждения служит центр абстрактного (бессознательного, а равно и сознательного) представления *a*. Вместо того, чтобы прямо направиться к органу преапперцепции *A* (в этом случае получилось бы нечувственное, абстрактное или схематическое воспоминание), возбуждение передается в кортиковый чувствственный центр *b*, где возникает субъективный чувственный образ, преапперцирующийся, обычным порядком, в центре *A*.

Рис. 5. Сноподобная галлюцинация. Кортиковые центры *a* и *b* находятся в состоянии болезненно-по-

вышенной возбудимости; субкортиковый центр *s* почти или совсем бездействует; восприятие внешних впечатлений центром *b* почти или совсем прекращено. Исходной точкой процесса является бессознательное (иногда, однако, и сознательное) представление, родившееся в центре *a*; оно вызывает в кортиковом чувственном центре *b*, возбудимость которого тоже болезненно усиlena, живую чувственную картину; последняя в органе преапперцепции *A* (деятельность его против нормы понижена, так что возможна лишь пассивная преапперцепция), вследствие невозможности сравнения ее репродуцированной объективности с действительной объективностью непосредственных восприятий, получает для сознания значение, равное со значением заменяемых здесь ее действительных восприятий.

Рис. 6. Сновидение. Субкортиковые центры почти совсем бездействуют, восприятие внешних впечатлений почти совсем прекращено (то, что урывками еще доходит до кортикового центра *b*, метаморфизуется здесь, ассилируясь с субъективно-возникшими образами сновидения, и таким образом утрачивает свой характер объективности). Точной исхода для возбуждения здесь служит если не прямо центр *b*, то центр абстрактного (сознательного или полусознательного) мышления *a*, вследствие чего в центре *b* возникает чувственная картина; последняя преапперцируется в центре *A*, деятельность которого стоит ниже нормы (пассивная преапперцепция) и вследствие отсутствия в сознании действительной объективности непосредственных восприятий, своей репродуцированной объективностью заменяет первую.

Рис. 7. Псевдогаллюцинация в собственном смысле слова (второй способ, соответственный акту чувственного воспоминания на рис. 4). Кортиковые центры *a* и *b* находятся в состоянии болезненно-усиленной возбудимости. Бессознательная (иногда, впрочем, и сознательная) абстрактная идея вызывает в возбужденном центре *b* более или менее соответственное и весьма живое (псевдогаллюцинационное) чувственное представление, которое и преапперцируется в центре *A* (однако без характера объективности, потому что восприятие внешних впечатлений в данном случае не прекращено).

Рис. 8. Насильственное говорение (действительное и внутреннее). В состоянии болезненного раздражения находятся двигательный кортиковый центр речи *c* и центр абстрактного представления *a*. Исходной точкой действительного возбуждения здесь служит центр абстрактного представления *a* (второй способ); вместо того, чтобы, как на рис. 7, передаться кортиковому чувственному центру *b*, это возбуждение рефлектируется на двигательный центр *c*, в результате чего получается или действительное непроизвольное говорение, или лишь насильственный импульс к говорению (внутреннее говорение вследствие насильственной иннервации органа речи). При первом способе исходной точкой процесса является прямо двигательный кортиковый центр *c*, автоматически приходящий в действие.

Российская наркополитика: время перемен

Лев Левинсон, Институт прав человека

Уголовный кодекс РФ, вступивший в силу 1 января 1997 года, не предусматривал ответственности за потребление наркотиков и допускал наказание за их приобретение и хранение без цели сбыта только в крупном размере (статья 228, часть 1). Наиболее строгое наказание, до 15 лет лишения свободы, влекли сбыт, изготовление, перевозка наркотиков в особо крупных размерах (статья 228, часть 4). Однако критерии отнесения обнаруженных у задержанного запрещенных веществ к небольшому, крупному и особо крупному размеру не были законодательно определены. Неурегулированность этого вопроса оказалась одной из наиболее болезненных и трудноразрешимых проблем УК и служила источником наращивания карательной политики в отношении потребителей наркотиков.

На практике правоохранительные органы и суды руководствовались Сводной таблицей заключений Постоянного комитета по контролю наркотиков (ПККН), руководимого академиком Эдуардом Бабаяном. Эта таблица не была зарегистрирована в Министерстве юстиции РФ (что требуется для нормативных правовых актов) и представляла собой лишь рекомендательный документ, изданный научно-консультативным органом, в компетенцию которого не входило и не могло входить принятие правоустанавливающих документов. Несмотря на это, данные таблицы применялись по всем без исключения уголовным делам (т.е. по сотням тысяч дел ежегодно).

Согласно таблице, крупным размером признавалось, в частности, 0,1 г марихуаны, особо крупным размером — 0,005 г героина. При таком подходе за 0,005 г и 100 кг героина наступала равная ответственность — от 7 до 15 лет лишения свободы с конфискацией имущества или без такового.

Показательно, что исключение из новой редакции Кодекса ответственности за приобретение и хранение наркотиков без цели сбыта в небольших размерах совпало с радикальным пересмотром большинства позиций Сводной таблицы (решение ПККН от 17 декабря 1996 года). Количества, ранее считавшиеся Постоянным комитетом небольшими и таковыми в действительности являвшиеся, были признаны крупными и особо крупными. В результате в массовом порядке к ответственности привлекались люди, приобретшие, хранившие или продавшие/передавшие сотые доли

грамма, тогда как “акулы наркобизнеса” оставались вне поля зрения правоохранительных органов.

Подростки, молодые люди, вовлеченные в потребление наркотиков, получали от государства, вместо медицинской, социальной и реабилитационной поддержки, клеймо преступников, тюрьму, поломанные судьбы. Попадаясь первый раз с наркотиками в несовершеннолетнем возрасте, они наказывались, как правило, условно. Задержанным вторично, уже после 18 лет, юношам и девушкам назначались по совокупности приговоров двенадцатилетние двойные сроки, поскольку формально они считались уже особо опасными рецидивистами, мера наказания которым не могла составлять, согласно статье 68 УК, менее трех четвертей максимального срока лишения свободы.

В 2001 году преследования наркоманов (а равно не страдавших зависимостью случайных потребителей) достигли наивысшей отметки: по 228-й статье было осуждено 141 767 человек или 11,4 % от общего количества осужденных.

На ущербность такого положения дел правозащитники, а также многие врачи и юристы указывали с момента вступления нового российского УК в силу. О чрезмерности и неэффективности репрессий неоднократно говорилось на различных обсуждениях уголовно-правовой и антинаркотической политики в президентской администрации, Парламенте, федеральных ведомствах. Так, 17 июня 2000 года в решении Постоянной палаты по правам человека при Президенте РФ, посвященном проблеме государственного противодействия наркотизации, отмечалось: “Карательная политика в отношении потребителей наркотиков приводит к социально-опасным последствиям: маргинализации сотен тысяч молодых людей, росту передозировок и смертности. Уголовные преследования потребителей по обвинениям в приобретении и хранении без цели сбыта препятствуют их обращению за помощью на стадии формирования зависимости, когда им гораздо легче помочь, и заставляют милицию и судебную систему выполнять работу, которую они не в силах выполнить. Подавляющая часть больных наркоманией не обращается за наркологической помощью, обоснованно опасаясь передачи сведений органам внутренних дел”.

Чуть ранее, 11 мая 2000 года инициативная группа в составе докторанта Академии управления МВД

России Бориса Целинского (ныне начальника одного из управлений Федеральной службы по контролю за оборотом наркотиков), президента Фонда “Нет алкоголизму и наркомании” Олега Зыкова, адвоката Евгения Черноусова, исполнительного директора Общероссийского движения “За права человека” Льва Пономарева и автора настоящей статьи обратилась к председателю Комитета Государственной Думы по законодательству Павлу Крашенинникову с предложением подготовить новую версию уголовных статей УК, касающихся незаконного оборота наркотиков.

К этому времени в портфеле комитета скопилось около 20 законопроектов на эту тему. Всеми ими предлагалось исключительно ужесточение наказания вплоть до лишения свободы за потребление наркотиков и смертной казни для их распространителей. Однако комитет пришел к выводу о неконструктивности всех имеющихся инициатив и принял решение образовать рабочую группу по подготовке иных законопроектных предложений. В группу вошли депутаты Государственной Думы, представители Верховного Суда РФ, МВД, Минздрава, Генеральной прокуратуры, ведущие специалисты по уголовному праву и представители общественных организаций. Руководителем рабочей группы стал депутат Валерий Воротников, член центристской фракции “Народный депутат”, один из лидеров будущей Народной партии. Этую фракцию отличала приверженность к жестким популистским мерам борьбы с преступностью. Однако депутат Воротников, будучи добросовестным юристом, прислушался к доводам экспертов, рекомендовавших минимализировать уголовные преследования наркопотребителей.

29 октября 2001 года в Государственной Думе были проведены парламентские слушания, посвященные проблемам уголовной ответственности за незаконный оборот наркотиков. Участники слушаний рекомендовали палате пересмотреть существующие нормы уголовного закона, дифференцировать ответственность потребителей и распространителей наркотиков.

В начале 2002 года работа над новой версией антинаркотических статей УК и Кодекса РФ об административных правонарушениях (КоАП) была, в основном, завершена. Важнейшим элементом новой конструкции стало введение понятия “средняя разовая доза потребления”. Порогом наступления уголовной ответственности за действия, не связанные со сбытом, предлагалось считать обнаружение количества, превышающего 10 средних разовых доз.

19 апреля 2002 года подготовленный рабочей группой проект федерального закона былнесен группой из 26 депутатов, представляющих различные фракции. Одновременно он был направлен на экспертизу в Управление ООН по наркотикам и преступности (UNODC). Юридический советник UNODC Бернар Леруа в письме председателю Комитета Крашенинникову от 22 октября 2002 года оценил предложенные новеллы весьма высоко: “Мы внимательно изучили документ и приветствуем Ваши планы, соответствующие международным усилиям и направленные на укрепление уголовного законодательства Российской Федерации путем усиления ответственности в отношении крупных наркоторговцев и организованной преступности и одновременное снижение сроков заключения для наркозависимых и для правонарушителей, задержанных с малыми дозами наркотика. Так же весьма удачным представляется предложенное определение минимальных размеров обнаруженных в незаконном обороте наркотических средств и психотропных веществ для определения малых, крупных и особо крупных размеров наркотиков”.

Внесение проекта депутатами совпало с инициированной администрацией Президента РФ подготовкой новой редакции Уголовного кодекса, направленной на сокращение его карательного потенциала, гуманизацию уголовной политики. Предложения по изменению статей 228 – 231, касающихся наркотиков, были внесены в рабочую группу администрации Президента, возглавляемую заместителем руководителя администрации Дмитрием Козаком. Президентская группа поддержала концепцию пересмотра этих статей, согласившись, в основном, с предложениями депутатской рабочей группы.

Неоднократно озвучивал необходимость пересмотра направленности антинаркотической деятельности и президент Владимир Путин. “Количество задержанных, привлеченных к ответственности вроде бы увеличивается, но среди них — сами наркоманы, — говорил он на коллегии МВД 2 февраля 2001 года. — Чаще ловят жертв, чем организаторов этих преступлений.” Из выступления на встрече с Комиссией по правам человека 10 декабря 2002 года: “К сожалению, эти репрессии, они адресованы не к наркобаронам, а к наркопотребителям, к наркоманам. А наркоман, он — жертва проблемы, а не носитель проблемы.”

12 марта 2003 года Президент внес проект федерального закона “О внесении изменений и дополнений в Уголовный кодекс Российской Федерации”, включающий, в частности, новую редакцию статей о наркотиках. 23 апреля 2003 года проект принят в первом чтении, 21 ноября — в третьем, 26 декабря одобрен Советом Федерации. 8 декабря 2003 года подписан Президентом.

С изменением ответственности за незаконные действия с наркотиками официальная линия, вектор которой на протяжении более 10 лет был исключительно карательным в отношении наркоманов, претерпела решительный сдвиг.

Новая редакция антинаркотических статей УК и корреспондирующих им норм КоАП вступила в силу 12 мая 2004 года. Порядок определения размеров наркотиков, обнаруженных в незаконном обороте отныне законодательно закреплен: крупным размером при-

знается количество, превышающее размеры средней разовой дозы потребления в 10 и более раз, а особо крупным — в 50 и более раз. Незаконные приобретение, хранение, изготовление, переработка, перевозка запрещенных веществ в количестве менее 10 доз признаны не уголовным преступлением, а административным правонарушением и наказываются по КоАП штрафом до 1000 рублей либо административным арестом на срок до 15 суток.

Постановление Правительства РФ от 6 мая 2004 года № 231, которым утверждены размеры средних разовых доз, можно считать знаковым. Вместо разработанных ГККН для данного случая фиктивных размеров, в случае принятия которых воля законодателя была бы искажена (доза героина — 0,0001 г, доза марихуаны — 0,15 г¹), Правительством были одобрены реалистичные количества: 0,1 г для дозы героина, 2 г — для марихуаны, 0,5 г — для гашиша, 0,15 г — для кокаина.

Кроме того, в антинаркотические статьи УК внесены следующие изменения:

- ужесточено до 20 лет лишения свободы наказание за сбыт в особо крупных размерах;
- ужесточено наказание за сбыт несовершеннолетним и сбыт, совершенный должностными лицами;
- отменено принудительное лечения от алкоголизма и наркомании в пенитенциарных учреждениях по приговору суда;
- введены альтернативные меры наказания (штраф и исправительные работы) за действия, не связанные со сбытом, совершенные в крупном размере;
- дифференцировано изготовление для личного потребления и производство в целях распространения;
- исключен признак неоднократности (повторной судимости за наркотики) как ужесточающий наказание;
- фактически исключено правило о назначении повышенного наказания при рецидиве.

Поскольку уголовный закон, смягчающий наказание или иным образом улучшающий положение осужденного, имеет обратную силу, с 12 мая 2004 года подверглись пересмотру десятки тысяч уголовных дел по наркотикам. При этом сокращение репрессии коснулось и основной части осужденных за сбыт. Поскольку по ранее применявшимся положениям особо крупным размером признавалось фактически любое количество героина (от 0,005 г), подавляющее большинство осужденных за его сбыт подпадало под часть четвертую статьи 228, предусматривавшую санкцию от 7 до 15 лет лишения свободы. По новой редакции особо крупным размером признается количество, превышающее 5 г героина, в связи с чем действия осужденных были переквалифицированы на

сбыт в небольших размерах со сроком наказания от 3 до 7 лет.

По данным Федеральной службы исполнения наказаний, по состоянию на 1 мая 2004 года по основной статье, предусматривавшей ответственность за наркотики, — статье 228 УК РФ, отбывали наказание в виде лишения свободы 66 768 человек, из них 24 447 — без цели сбыта (часть первая статьи 228), 42 321 — за сбыт, а также приравненные к нему по действовавшей в то время редакции перевозку, изготовление, переработку (части вторая — четвертая статьи 228). 26 983 человека отбывали наказание по части четвертой (сбыт, перевозка, изготовление, переработка в особо крупном размере).

За пять месяцев действия новой редакции антинаркотических статей УК (с 12 мая по сентябрь 2004 года) освобождены судом от наказания в виде лишения свободы в соответствии со статьей 10 УК РФ (обратная сила смягчающего закона) 12 027 человек, из них 9812 — по части первой (деяния, не связанные со сбытом), 2215 — по частям второй — четвертой статьи 228. Срок наказания был сокращен 17 223 осужденным из общего числа лишенных свободы за наркотики — в среднем на 1 год 2 месяца.

Из лиц, отбывавших наказание по части четвертой статьи 228 (за сбыт и другие действия в особо крупном размере), 9025 осужденным вмененные им деяния переквалифицированы на часть вторую 228 УК (в редакции от 13 июня 1996 года), предусматривавшую ответственность за сбыт в небольшом размере².

Приведенные сведения представлены Федеральной службой в конце декабря 2004 года и охватывают осужденных, чьи дела были пересмотрены с мая по сентябрь. По оценочным данным, в октябре — январе сокращен срок еще примерно 10 тысячам осужденных за наркотики. Столь медлительное рассмотрение ходатайств о пересмотре наказания объясняется как загруженностью судов, так и многочисленными слушаями, когда при переквалификации деяния с совершенного в особо крупном размере на совершенное в небольшом судом, рассматривавшим ходатайство в порядке статьи 10 УК не пересматривался срок лишения свободы, если он не превышал верхнего предела санкции, предусмотренной новой нормой. В этих случаях некоторая (правда, небольшая) часть осужденных успешно обжаловала судебные постановления, добившись пропорционального сокращения срока.

Правовые решения, безусловно, повлияли на практику: они сразу же привели к минимизации арестов потребителей наркотиков, освобождению из мест заключения десятков тысяч людей. Однако, одного лишь сокращения уголовной репрессии недостаточно. Необходимо позитивное воздействие на ситуа-

¹ Протокол заседания Постоянного комитета по контролю наркотиков № 1/90-2004 от 23 января 2004 года.

² Письмо первого заместителя начальника Федеральной службы исполнения наказаний (ГУИН Минюста России) В. Краева от 20.12.2004 № 18/75/1-3627.

цию, предполагающее как социо-культурные и экономические меры, так и глубокую реформу системы наркологической помощи. Такая реформа предполагает отказ от неэффективной диспансерной формы, единственным делом которой является полицейский учет наркоманов, терапевтическую свободу, развитие реабилитационного пространства.

Несмотря на столь заметные сдвиги, говорить об изменении концепции государственной политики в области наркотиков преждевременно. Наркомания по-прежнему остается в первую очередь полицейской и в последнюю — социальной и медицинской проблемой. Отсюда отношение к пересмотру уголовных норм как к чему-то чужеродному.

На антинаркотических форумах, совещаниях, брифингах, состоявшихся в 2004 году во многих регионах после принятия правительенного постановления № 231, оно было подвергнуто жесткой критике как якобы препятствующее правоохранительной работе. Против уже состоявшегося реформирования УК выступали депутаты, руководители наркоконтроля, наркологии, президентские полпреды и губернаторы. Так, на сентябрьском совещании органов правопо-

рядка Приволжского округа против постановления “о дозах” выступил полномочный представитель Президента Сергей Кириенко, а вслед за ним — его подчиненные. “Вообще узаконение наркотиков в любых дозах недопустимо. Все представители правоохранительных органов в один голос сказали, что это полностью разваливает им всю систему работы”, — озвучил позицию большинства главный федеральный инспектор по Чувашской Республике Александр Муратов³.

Так что пока, оценивая российскую наркополитику, приходится исходить из сохраняющейся репрессивной инерции (как в правоохранительной, так и в наркологической практике). Этой инерцией определяются отношения личности и государства во всех случаях их столкновения по поводу немедицинского употребления наркотиков. Человек, принимающий запрещенные психоактивные вещества (являющийся или не являющийся при этом больным наркоманией), по-прежнему сталкивается с насилием и произволом.

³ Regions.ru, 29 октября 2004 года.

От редактора. Наш журнал уже несколько раз предоставлял место обеим сторонам горячих дискуссий по проблемам наркополитики. Это:

- легализация наркотиков, как способ покончить с наркомафией;
- заместительная терапия метадоном;
- уровень доз, обозначаемых как особо крупные.

Публикуемая работа помимо своей содержательной стороны представляет большой интерес еще и тем, что является примером высокой продуктивности привлечения к решению таких вопросов доводов непрофессионалов, не зашоренных догматизмом концепций и установок своей дисциплины, исходящих из здравого смысла и естественного права. Автор, Лев Семенович Левинсон — известный правозащитник, сумел в растянувшемся на годы споре не просто одолеть Эдуарда Арменаковича Бабаяна, академика РАМН, председателя Постоянного комитета по контролю наркотиков, но практически повлиять на освобождение десятков тысяч человек, жертв академического и казенного подходов к делу.

XIII ВСЕМИРНЫЙ КОНГРЕСС ПО ПСИХИАТРИИ

10 – 15 сентября 2005 г., Каир, Египет

secretariat@wpa-cairo2005.com;

www.wpa-cairo2005.com/draft

XIV СЪЕЗД ПСИХИАТРОВ РОССИИ

15 – 18 ноября 2005 г., Москва

Тел. (095) 963-7626(63)

Тезисы принимаются до 15 июня 2005 г.

krasnov@mtu-net.ru

Метафора как путь познания

Н. Н. Николаенко (Санкт-Петербург)

Процесс понимания и порождения метафор у детей вызывает интерес потому, что метафора выполняет в языке познавательную функцию, а также выступает как средство создания образности речи и конструирования новых смыслов (см. Черниговская Т. В., Деглин В. Л., 1986). Мышление обращается к метафоре, когда нет готовых средств обозначения, объяснения, создания образов и смыслов.

Интерес к метафоре связан также и с проблемами соотношения образного и логического, мышления и языка (Pachalska M., 2003). Один из магистральных путей переноса понятий из одной сферы в другую — от конкретного к абстрактному, от материального к духовному. В этом постоянном переносе проявляется не только не только гибкость человеческого разума — такой перенос необходим для постижения действительности.

Метафору все чаще стали рассматривать как ключ к пониманию основ мышления и процессов создания видения мира, его универсального образа: *человек не столько открывает сходство, сколько создает его*. Акт метафорического творчества лежит в основе многих семантических процессов: появления новых значений и их нюансов, развития эмоционально-экспрессивной лексики. Без метафоры не существовало бы лексики “невидимых миров” — внутренней жизни человека. Создавая образ и апеллируя к воображению, метафора порождает смысл, воспринимаемый разумом (Арутюнова Н. Д., 1990).

Исследователи креативности нередко говорили о том, что творческая деятельность обусловлена первичным познанием, или дологическим мышлением. Как же проявляется это дологическое мышление? Для начала рассмотрим ряд высказываний (текстов), создаваемых детьми, в ответ на просьбу рассказать, что такое “дом”. К сожалению, тексты учеников обычной средней школы поражали единообразием, и чаще всего сводились к шаблонам: “дом, это где можно почтить (поспать, поиграть, посмотреть телевизор и т.д.).

Протоколы рассказов детей на тему “Дом”.

1. *Это большое жилище для людей. Ну, дома бывают очень высокие и пониже. И бывают дома очень широкие и поменьше* (С. Слава, 9 лет).

2. *Дом это — здание, в котором могут жить и не жить люди. Жилые здания... это... бывают разделены на квартиры. А бывают жилые дома, которые полностью принадлежат одному человеку. В нежилых домах люди не живут потому, что они разрушены. А если бы жили люди в таких домах, тогда на них что-нибудь упало* (М. Даша, 9 лет).

Эти рассказы характеризуются пустым рассуждательством: бывают дома высокие (широкие) или жилые (нежилые). По-существу, в них дается расширенное определение дома как жилища, и сколько-нибудь образные представления о доме отсутствуют. Последующие два рассказа сделаны также учениками средней школы, но уже несколько лет занимающимися в детской изостудии.

1. *Дом это — защита от холода, снега, дождя, жары. Дом это — необходимая вещь в жизни. Без дома мы как без рук и ног. Дом это как щит бойца. Потому что, если щита нет, его можно убить. Так и человек. В доме мы можем отдохнуть, поспать. Задать в тишине уроке, можно почтить* (В. Гриша, 10 лет).

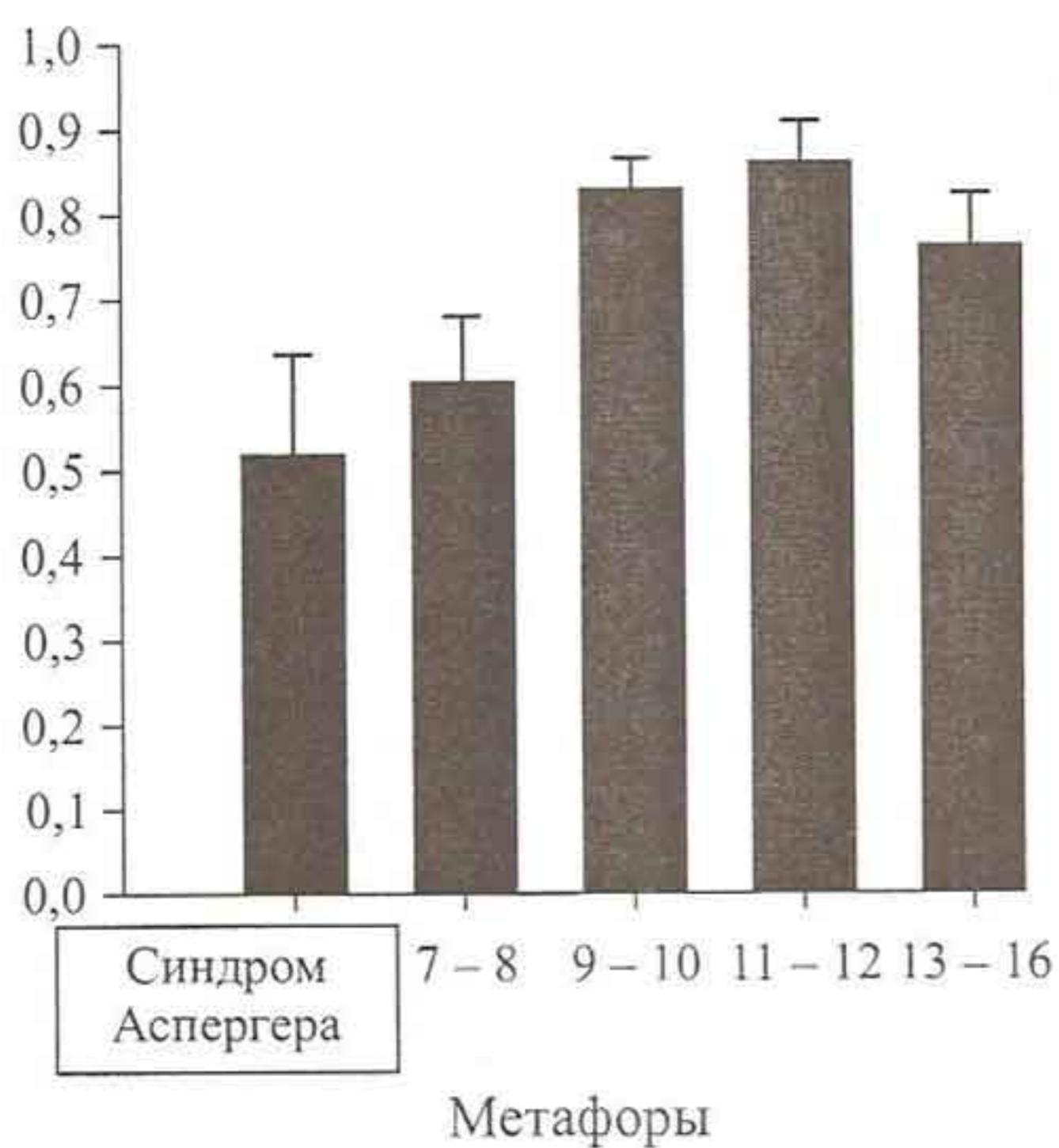
2. *Это начало жизни человека, потому что он в нем родился и живет. Как говорили рыцари, мой дом — мой замок. Потому что это — защита человека...* (К. Костя, 9 лет).

Поразительно, как в небольших рассказах без монотонного перечисления второстепенных деталей прослеживается четкое стремление высказать самую суть заданной темы с помощью сближения понятий, представлений, зрительных образов, в данных случаях, “дом — щит” и “дом — замок”. Независимо друг от друга авторы рассказов использовали очень близкие метафоры, соединившие во внутреннем пространстве, казалось бы, разные объекты, и мы по-новому осознали жизненную важность такой привычной вещи, как дом. Эти дети, по мнению преподавателей изостудии, отличаются способностью к созданию художественно выразительного образа и реализацией интересного замысла на листе бумаги. Трудно даже их называть детьми, поскольку в беседах с ними чувствовалось то особое “самостоянное” личности, по Пушкину, которое отличает зрелую творческую личность независимо от хронологического возраста и объективной метрики тела.

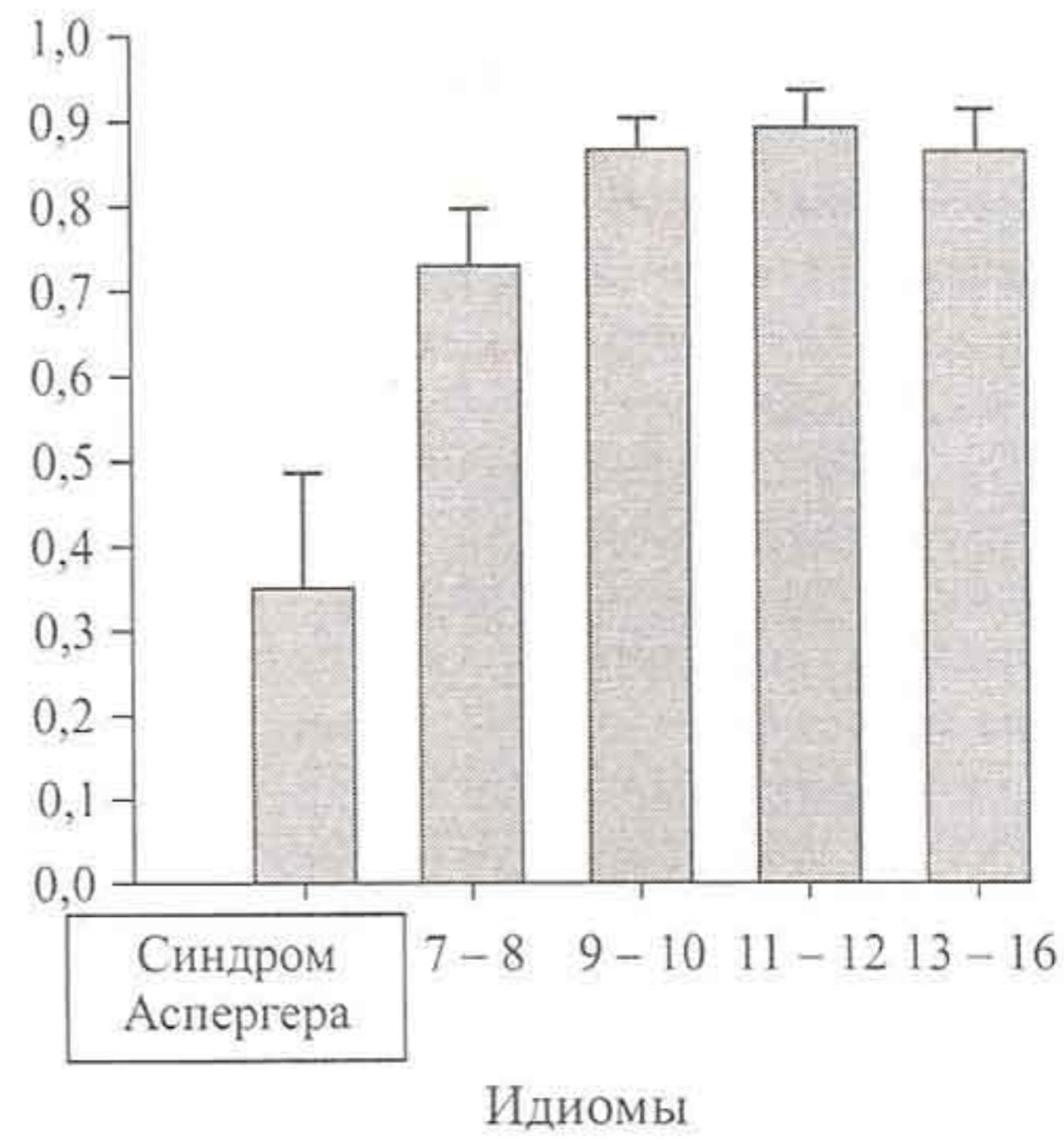
РАЗВИТИЕ ПОНИМАНИЯ МЕТАФОР И ИДИОМ ОТ 7 ДО 15 ЛЕТ

Формирование метафорического мышления происходит значительно раньше теоретического мышления. Некоторые исследователи предполагают возможность понимания метафор в 5 – 6 летнем возрасте. Мы проверяли понимание метафор и идиом следующим образом¹. Идиомы использовались как

¹ Каждому ребенку одновременно предлагали прочитать три карточки, на одной из которых была напечатана метафора (“Горит Восток”), на другой — формально сходная с



Относительные частоты и 95 % доверительные границы правильных ответов при интерпретации метафор и идиом здоровыми детьми в возрасте от 7 – 8 до 13 – 15 лет и больными с синдромом Аспергера в возрасте 12 – 15 лет.



крайний случай упроченных в языковом сознании метафорических оборотов, переносное значение которых можно только знать или не знать; такие устойчивые словосочетания, которые употребляются как целостные речевые единицы, близкие к фразеологизмам, ругательствам (Черниговская Т. В., Деглин В. Л., 1986).

Мы попытались выяснить, как школьники разных возрастов понимали метафоры, и как понимание метафор зависит от школьной успеваемости. Всего нами было обследовано 30 мальчиков и 30 девочек.

Оказалось, что понимание метафор уже сформировано в младшем школьном возрасте, и завершается к 11 – 12 летнему возрасту. Интересно, что в 13 – 14 лет подростки допускают больше формальных ответов, когда, например, объединяются (“Горит Восток”) и формально сходная с ней фраза (“Горит дом”). Возможно, в основе такого явления лежит интерференция с доминирующим в этом возрасте формально-логическим мышлением.

Хуже всего во всех группах учеников определялись метафоры при предъявлении таких карточек, как: во-первых,

- Веков струится водопад (метафора)
- Ниагарский водопад (формально сходная фраза)
- История (интерпретация метафоры)

ней фраза (“Горит дом”), и на третьей — фраза, интерпретирующая данную метафору (“Всходит солнце”). Ребенок должен был положить вместе карточки с еими фразами, которые, по его мнению, подходят друг к другу. “Правильными” считались ответы, когда вместе оказывались метафоры и их интерпретации. Эта методика была ранее апробирована на взрослых а процессе угнетения правого или левого полушария после окончания одностороннего электросудорожного припадка (Черниговская Т. В., Деглин В. Л., 1986). Оказалось, что больные правильно понимают метафоры при угнетении левого полушария, и перестают понимать их при угнетении правого полушария.

Во-вторых,

- Выплыл серебряный серп (метафора)
- Вынули стальной серп (формально сходная фраза)
- Взошла луна (интерпретация метафоры)

В третьих,

- Когда кипит и стынет кровь... (метафора)
- То жара, то холод (формально сходная фраза)
- Волноваться, переживать (интерпретация метафоры)

Первые две метафоры встречали затруднения по вполне понятным причинам (в первом случае “история” часто (особенно младшими школьниками) воспринимается как “рассказ о чем-то”; во втором случае у современных детей имеются смутные представления о форме серпа). Метафора “Когда кипит и стынет кровь...” может быть трудна для понимания из-за редко употребляемого образа, выраженным таким “высоким” поэтическим языком. Неожиданным оказалось и то, что понимание идиом фактически опережает процесс формирования восприятия метафор, и по-существу, единственным препятствием для восприятия идиом в полном объеме является идиома (“Лезть в бутылку”); многие школьники впервые услышали об ее существовании.

Уже дети 7 – 8 лет понимают большую половины метафорических оборотов. К 10 – 12 годам школьники в основном понимают почти все метафорические обороты (см. рисунок)

Интересно, что в 13 – 14 лет они вновь начинают допускать ошибки, или долго размышлять над задачей. Это можно объяснить, как “внедрение” теоретического, дедуктивного мышления и стремлением к объединению формально сходных фраз (“Горит Восток” — “Горит дом”). Здесь, очевидно, тот случай, когда “слова ставят подножку мыслям”.

ПОНИМАНИЕ МЕТАФОР И СПОСОБНОСТИ К ОБУЧЕНИЮ

Рассмотрим теперь, как понимание метафор зависит от школьной успеваемости. Оказалось, что в обычной средней школе отличники в подавляющем большинстве быстро и легко правильно понимают все метафоры. Ученики-“хорошисты” работали медленнее и допускали больше ошибок в классификации метафор: они правильно оценивали две трети метафор. Наиболее низкие результаты показали ученики с плохой успеваемостью: они долго колебались в выборе карточек и в результате правильных ответов оказалось немногим больше одной трети.

В отдельную группу вошли школьники-учащиеся детской изостудии; они специально занимались изобразительной деятельностью с раннего детства; их работы отличались художественной выразительностью и оригинальностью. Оказалось, что учащиеся с относительно низкими творческими способностями правильно оценивали лишь одну треть метафор, и, следовательно, их результаты сопоставимы со слабоуспевающими учениками обычной средней школы. Напротив, учащиеся с высокими творческими способностями правильно оценивали почти все метафоры. Иначе говоря, они так же, как и отличники средней школы, с легкостьюправлялись с этой задачей.

Оказалось также, что когда мы просили детей составить рассказы на тему “Дом”, наиболее впечатляющие (с точки зрения образности) рассказы мы получили у детей — юных художников, чрезвычайно легко понимавшими все метафоры и идиомы.

МЕТАФОРИЧЕСКОЕ МЫШЛЕНИЕ НЕКОНТАКТНЫХ ДЕТЕЙ

Наконец, необыкновенно поразительным представляется неспособность больных с аутистической психопатией, по сравнению со здоровыми школьниками, понимать метафоры и широко употребляемые в вербальной коммуникации идиомы. Этих же детей мы просили составить рассказы и ниже приведем два из них.

Протоколы рассказов детей на тему “Дом”.

1. Это — жилище для людей. Для того чтобы его построить, находят место и накладывают фундамент. На фундаменте строят платформу, и крепят стены, окна, двери. Потом раскрывают основную дверь (в подъезд), и оборудуют дом изнутри. Отделяют этажи и комнаты. Ставят лестницы и лифты. Потом подключают водоснабжение и электричество. При отделке крыши делают большие бетонные куски, покрывают их пластмассой и ставят на крышу. Потом включают систему отопления. (Ч. М., 9 лет, диагноз: аутистическая психопатия, синдром Аспергера).

2. Где живут люди. Жильцы. Факт. Колодец. Где живут женщины, мужчины. Где живут дяди, тети, дедушки, драконы. Музыканты живут. Где берега. Там на крыши трубы стоят. Человеки живут, мальчики, девочки, парни. Парни живут в доме. Плитки на стенах. Злодей. Вова, Саша, Митя, Витя, Миша, Костя, Коля, Толя, Паша живет. Саша, Дима, Артем. Сережа, Артур, Галя в доме живет. Наташа, Боря в доме живет. (Х. А., 10 лет, диагноз: синдром Аспергера).

Приведенные рассказы неконтактных детей отличаются сухим конструктивизмом, стремлением к монотонному перечислению деталей, стереотипностью изложения. Но главное в них — отсутствие целостного образа и метафорических сравнений. По-видимому, такая неспособность к метафорическому мышлению служит важным звеном в неравномерности психического развития при синдроме Аспергера. Интересно, что в литературе уже высказывалась идея о возможном нарушении межполушарных отношений при аутистической психопатии [Каган, 1978; Cutting, 1990]. Исследования регионального мозгового кровотока у детей с аутентическими проявлениями обнаружили наличие нарушение межполушарной специализации с дисфункцией левого полушария, особенно в кортикальных зонах, ответственных за языковые функции и речь (Chiron C., Leboyer M., Leon F. et al., 1995). В результате ущербного метафорического пути познания страдает естественный способ усвоения новой информации: становится невозможным (или затрудненным) перенос значений с известного на неизвестное, установление подобий. Такой путь познания обусловлен снижением активности правого полушария и реципрокным повышением активности левого полушария (Николаенко Н. Н., 2001, 2003). С этим, вероятно, связано появление симптомов неофобии (боязнь всего нового), характерных для больных с аутистическими проявлениями.

МЕТАФОРЫ И ТВОРЧЕСТВО

С нашей точки зрения, специфика любого творческого процесса может быть описана как метафорическое мышление. Вероятно, в основе такого типа мышления лежит комплекс пространственных образов, где образ и слово нерасчленимы: например, “Ночь, улица, фонарь, аптека” Александра Блока. Кроме того, в основе такого мышления может лежать и установление дальних ассоциативных связей, например, осень — старость, или есенинская “осень — рыжая кобыла”. Так, например, в прекрасном сочинении о своем родном городе Мурманске 13-летний мальчик использовал яркое сравнение между кораблями и елками: “Но полярной ночью наш город по-своему красив: очень много фонарей и гирлянд на улицах города. Даже корабли на незамерзающем заливе как новогодние елки”.

Иными словами, под метафорическим мышлением мы подразумеваем: умение сблизить смысловое расстояние между удаленными образами предметов, символами и понятиями; неожиданное соединение в одно целое нескольких обычно несоединимых частей; способность сближать понятия и выводить из них новые заключения. Метафорический перенос значений с известного на неизвестное (описываемое) со сближением разных образов и установлением подобий является по-существу путем создания новой оригинальной мысли.

Вполне вероятно, что творческое — метафорическое — мышление оперирует глобальными нерасчлененными целостными зрительно-пространственными образами со все более дифференцированным их расположением, “сближением” их во внутреннем пространстве и все большим выделением их формы (Николаенко Н. Н., 1996).

Представляется, что данное исследование в может быть использовано в практической работе. Воспитание метафорического мышления уместно на занятиях по литературе, обогащая не только лексику, а скорее даже образное мышление. На мой взгляд, целесообразно использование методических приемов в обучении/воспитании детей 7 – 8-летнего возраста; например, на занятиях по изобразительному искусству можно попытаться преодолеть шаблонность, схематичность изображений, используя набор метафорических образов. Проблема может пониматься гораздо шире: как можно больше привлекать в обучении и воспитании зрительно-пространственные и другие образы (Кравчунас Б. К., Николаенко Н. Н., 1998). В частности, представляется крайне интересным опыт работы музыканта по образованию Шошиной Ж. Г. по успешному “пробуждению” творческого потенциала личности (на примере рисунка) в процессе прослушивания музыкальных образов; к сожалению, результаты ее работы не были детально опубликованы.

Интересно, что в литературе описан опыт преподавателя-искусствоведа, пытавшегося стимулировать творческую активность учеников. Создавались экспериментальные ситуации, в которых по возможности минимально участвовало вербально-логическое левое полушарие (Gribow J. 1987). Созданные в таких

ситуациях рисунки и тексты были более целостными, эмоциональными и раскрепощенными по структуре.

Наоборот, репродуктивные методы обучения, апеллирующие к левому полушарию, создавали к 9 – 11 годам стереотипные подходы к творчеству, причем попытки вернуть ребенку его собственный художественный стиль вызывали сопротивление. Вместе с тем творческая активность оказывалась продуктивнее, если человек, наконец, преодолевал барьера стандартов и переходил к образному “правополушарному” стилю творческой активности. Таким образом, эти наблюдения подтверждают необходимость учета особенностей развития художественного (метафорического, музыкального) мышления при составлении учебных программ.

ЛИТЕРАТУРА

1. Арутюнова Н. Д. Метафора и дискурс. В кн.: Теория метафоры. М., 1990. С. 5 – 32.
2. Gribow J. Schopferische Aktivität, Wesen und Voraussetzung vor dem Hintergrund der sowjetischen Hirnhemisphärenforschung. Dyn. Psychiat., 1987, V. 20, № 5 – 6, p. 379 – 395.
3. Каган В. Е. Детский аутизм как клиническая модель изучения функциональной асимметрии мозга. Физиология человека. 1978. т. 4. с. 1025 – 1029.
4. Cutting J. The right cerebral hemisphere and psychiatric disorders. Oxford: Oxford UP, 1990. 377 p.
5. Chiron C., Leboyer M., Leon F., Jambaque I., Nuttin C., Syrota A. SPECT of the brain in childhood autism: evidence for a lack of normal hemispheric asymmetry. Developmental Medical Child Neurology. 1995. V. 37, p. 849 – 60.
6. Кравчунас Б. К., Николаенко Н. Н. Изобразительная деятельность и мозг. В кн.: Теория и методология археологии. Сознание. Искусство. Образ. 1998, С-Петербург, с. 47 – 55.
7. Николаенко Н. Н. Слово и образ: левое и правое полушария мозга // Независимый психиатрический журнал, 1996. Т. II. С. 14 – 18.
8. Николаенко Н. Н. Метафорическое мышление у здоровых детей и больных аутизмом как показатель межполушарного взаимодействия. ДАН, 2001, Т. 379, № 5, С. 705 – 707.
9. Nikolaenko N. N. Artistic thinking and cerebral asymmetry. Acta Neuropsychologica, 2003. V. 1, N. 2. pp. 144 – 158.
10. Pachalska M. Reintegrating of identity in patients with severe traumatic brain injury. Acta Neuropsychologica, 2003. V. 1, No. 2. pp. 144 – 158.
11. Черниговская Т. В., Деглин В. Л. Метафорическое и силлогистическое мышление как проявление функциональной асимметрии мозга. В кн.: Семиотика пространства и пространство семиотики. Труды по знаковым системам. Ученые записки ТГУ. Вып. 720. 1986. Т. 19. С. 68 – 84.

Ежегодный конгресс Европейской Федерации нейропсихиатрии

16 – 18 ноября 2005 г., Мюнхен, Германия

info@efnp.org; www.efnp.org

Среда обитания души

(О вспомогательных, косвенных признаках “больной душевной жизни”)

И. М. Беккер И. М., О. И. Несифорова (Набережные Челны)

Поводом к размышлениям о вспомогательных и дополнительных признаках “больной душевной жизни” послужила фраза К. Ясперса о “среде существования души”, как одном из убедительных косвенных признаков того или иного феномена психического расстройства. Во второй части “Общей психопатологии”, в главе о “способах понимания в целом” К. Ясперс писал: “В объективном (не психологическом) смысле должно пониматься не только рациональное (логическое), но и любое другое содержание сферы психического, как-то: представления, образы, символы, потребности, идеалы... это понимание той среды, в которой живет душа, того содержания, которое она постоянно имеет перед собой, которое она принимает, которому позволяет влиять на себя”. Почему мы не находим описания этой среды ни в одном из симптомов или синдромов психических расстройств?

С. Л. Рубинштейн, обосновав новую философию бытия, как взаимопроникновение человека и мира, сознания и бытия, пытаясь устраниТЬ многовековой дуализм материи и сознания, бытия и сознания, предоставляет нам возможность описывать и изучать отдельные феномены психических расстройств, как взаимопроникновение больного сознания, больной души со всем остальным миром, взаимосуществование, взаимозависимость. Мы получаем возможность усмотреть проявления страдания отдельной человеческой души, скрытого от познания психиатра, субъективных проявлений больной душевной жизни в сопоставлении с миром, окружающим больного человека. Мы можем непосредственно увидеть и познать, как патологические флюиды больной души видоизменяют среду обитания этой души. В восприятии и взаимодействии психопатолога и больного происходит непосредственное соприкосновение с поверхностью сущего, или с поверхностным срезом сути страдания. “Существование, бытие сущего заключается в том, чтобы обнаруживаться (являться) и ... скрываться”. Если сущность психопатологического феномена обнаруживается в явлении, то она же в определенной своей части скрыта под покрывалом видимости. Что поможет нам приоткрыть это покрывало? Что поможет врачу проникнуть за поверхностный срез явления, данного нам непосредственно? Приемы феноменологической редукции, предложенной Гуссерлем и Ясперсом. Но есть еще одна возможность подобраться к сущности болезни, как бы сбоку, не сбрасывая полностью покрывало видимости. Это и есть изучение косвенных признаков болезни души, или изучение среды ее обитания.

Издавна человечество в качестве материала для произведений искусства в различных сферах — поэзии, прозе, живописи, музыке, скульптуре — использовало окружение человека, окружение его тела и души, как главный строительный материал рассказа о человеке. Чтобы показать грусть героя, писатель отображал падающие осенние листья. Весеннее солнце и свежая зелень демонстрировали приподнятое настроение. Мерцающие в ночи звезды отражали глубинные размышления человека о сущности мирозданья и смысле своего существования.

Как известно, психиатр лишен возможности непосредственного познания субъективных проявлений психических переживаний пациента и пытается познавать их с помощью особых приемов, предложенных Ясперсом и некоторыми другими последователями феноменологии: эмпатией, транспонированием, пониманием и т.д. Нам представляется, что познание свойств среды обитания души — не менее достоверный материал для изучения как здоровой, так и больной душевной жизни. Одним из преимуществ такого познания является то, что психопатолог познает эти околодушевые свойства объективно, лично, своими органами чувств, своим собственным восприятием и сознанием, то есть *непосредственно*. В конце девятнадцатого и начале двадцатого столетия было много работ по патографии — отражению в творчестве и деятельности великих мира сего, знаменитых художников, поэтов, композиторов особенностей их душевых заболеваний. Отрезанное ухо Ван Гога, Демон Врубеля, Музыка Шуберта и Вагнера, Карамазовы Достоевского — все эти художественные образы многократно исследованы с точки зрения отражения в них особенностей заболеваний их великих создателей. Но ведь обычные люди, заболевая душевным расстройством, продолжают жить и творить свои маленькие околодушевые создания, хотя они того или нет, они продолжают ткать свою собственную среду обитания заболевшей души. Почему создания великих мы облизываем, пробуя на вкус, цвет, запах все, что принадлежит им, а своих “просто больных” вгоняем в сухие рамки стандартизованных классификаций и тестов?

Среду обитания человека вообще и среду обитания души можно было бы подразделить на две большие части. Первая — это та среда, которую человек не выбирает, куда он попадает по воле случая или судьбы, которую он сам не создает и не изменяет. Скажем, детский сад или школа, куда ребенка приводят за руку, не спрашивая его мнения. Квартира в наших

многоэтажках или “хрущевках”, которую распределял профком. Номер в санатории или гостинице, куда нас поселяет дежурный администратор и т.д. Эта часть окружающей среды мало что может рассказать о внутренних переживаниях человека, так как она навязана ему внешними обстоятельствами. Вторая часть среды обитания человека и его души — это его собственное творение. Создание домашнего уюта, обстановка в квартире, выбор стеллажа или шкафа для книг, выбор самих книг для чтения или для оформления книжной полки. Строительство собственной дачи, садового домика или коттеджа, выбор выходного платья или костюма, все вообще выборы, совершаемые самим человеком в течение жизни, — вот это все и есть нужная нам для познания среда обитания души.

Казалось бы, природа, ее явления — независящая от самого человека часть его обитания. Что может сказать о душевых переживаниях пациента серое небо или хвойный лес? Сами по себе — ничего. Но почему-то одному поэту хочется воспевать “унывую пору, очей очарованье”, а другой любит “грозу в начале мая”. И хотя, в данном случае, это не обязательно, как у А. С. Пушкина, будет любимое время года, а может быть проявлением сиюминутного настроения — это его, Пушкина или Тютчева, Пастернака или Фета настроение. Александр Сергеевич, описывая любовную грусть и томление, прибегал к образу волн, “головых лечь к ее ногам”, а Пастернак — к пламени свечи, горящей на столе, и теням, мелькающим на потолке. Известный писатель в одном из телеинтервью, прогуливаясь по заснеженному лесу средней России, говорил: “Моя душа отдыхает только здесь, в наших местах. Я уезжаю на юг, декорации тамошней природы, как в образцовом спектакле, радуют глаз, но душа к ним остается глухой. Только здесь, где есть лес, речка, заснеженное поле, моя душа отдыхает, она дома”. Почему мы никогда не пользуемся такими косвенными признаками? Они что, менее достоверны, чем слова самого больного о своем самочувствии? Разве подбор любимых книг в маленькой домашней библиотеке менее достоверен в оценке привязанностей и склонностей нашего читателя, чем его собственные слова о любимых романах и стихах? Разве цвет обоев в его комнате менее информативен, чем цвет, выбранный им в тесте Люшера? Разве его друзья, с которыми он проходит по жизни, и сам выбор их и знаменитое народное определение “скажи мне, кто твой друг, и я скажу, кто ты” — менее достоверны, чем собственные признания нашего героя о своих симпатиях и антипатиях? Нам не хотелось бы умалять значение прямых характеристик человека, которые приложены к школьному личному делу, уголовному делу правонарушителя, но о том, что у Штирлица был “характер стойкий, нордический” значительно больше могут сказать нам мелкие штрихи его домашнего быта или

устройства рабочего места, чем шаблонные слова пресловутой характеристики.

В этой статье нам бы хотелось показать некоторые существенные косвенные признаки из среды обитания души, как здоровой, так и аномальной, патологической.

Попробуем, в качестве примера, дать некоторые яркие околодушевые признаки, рисующие среду обитания души студента, проживающего в общежитии. Смог ли он наполнить навязанную ему студенческим профкомом среду какими-то собственными, свойственными только ему (ей) косвенными признаками, могущими дать почву для размышлений о сути и природе его душевых и характерологических качеств?

Вот мы попадаем в коридор, общий для нескольких комнат. Нашему взору предстанет неотъемлемый атрибут общежития — тапочки. Они ненавязчиво говорят нам о том, что это большой дом, где много комнат, а не многоквартирный подъезд. Здесь имеется разная степень доступности обитателей общежития. Обратим внимание, где находятся эти тапочки: за пределами двери или внутри блока. Ведь тапочки — это кусочек нашей жизни, спрятанный внутри или вынесенный наружу. А вот и дверь — следующий немаловажный объект для наблюдения. У одних она открыта и чаще нараспашку, как и сама их душа. У других же она открывается по необходимости, на короткое время и только несколькими ключами со сложными испанскими замками. Мы знакомимся с одной из студенток, пытающейся всю жизнь заключить в границы своего маленького блока. В своей маленькой душевой комнатке она и моется, и убирается, и чистит картошку, и моет посуду. Она создает свой собственный мир и строго охраняет его границы, она не любит вторжение в ее мир. Четкий порядок и в поступках, и в вещах: каждая губка для мытья посуды имеет свое место и вешалку. В комнате почти нет вещей, которые лежали бы на поверхности стола, тумбочки, стульях, все спрятано, внутри. На двери висит объявление: “Видеть Вас — одно удовольствие, а не видеть Вас — другое удовольствие”. Конечно — это юмористическая фраза, но из тысячи различных шуток, жительница нашей улиточной квартишки выделила именно это. Заглянем внутрь другой комнаты. Здесь живет веселая и юная душой студентка. В комнатке много-много больших и маленьких мягких игрушек, много посуды, не умещающейся в посудный шкаф. Часть посуды вынесена в коридор. У этой девушки всегда много гостей. А сейчас мы заходим в комнату первокурсницы. На стене детские рисунки, на тумбочке фотографии сестренки, на подоконнике цветы из дома. Эти предметы для нее — частицы собственного дома, смягчающие тоску по нему и разлуку с любимыми людьми. А это — комната молодой матери, проживающей в разлуке с сыном. Фотография на стене, соска на сахарнице, фотоальбом на стеллаже и

всегда рядом телефон с постоянным ожиданием звонка от отца.

Это была модель среды обитания здоровой души. А теперь попробуем поразмышлять о косвенных признаках “места жительства” больной души. Есть ли в феноменах индивидуальных, особенных, цельных, какие-либо признаки, схожие или хотя бы могущие помочь в познании субъективных расстройств больной душевной жизни? И здесь мы попробуем подразделить все черты среды обитания души на долговременные и сиюминутные. Возьмем для примера домашнюю библиотеку пациента. Подбор книг в ней может определяться устойчивыми чертами личности, мировоззрением, вкусами владельца библиотеки, а вот выбор для чтения именно сегодня какой-то определенной книги может отражать сиюминутное настроение человека. Более того, в одной и той же книге вчера наш герой многократно перечитывал строки: “О, весна, без конца и без краю — без конца и без края мечта! Узнаю тебя жизнь! Принимаю! И приветствую звоном щита!”, а сегодня в том же сборнике А. Блока он через собственную муку и горечь прочитывает душой совсем иные строки: “А теперь — тех надежд не отыщешь следа, все к далеким звездам унеслось. И к кому шел с открытой душою тогда, от того отвернуться пришлось”. Точное опознание сегодняшних строк и есть диагностика околодушевного пространства феномена психического состояния пациента, и попробуйте разразить, что такая диагностика менее точна и менее “научна”, чем попытка через мимику больного, выражение его лица или взгляд узнать его сегодняшнее настроение.

Итак, сначала поразмышляем об устойчивых, долговременных параметрах среды обитания души. Если идти от самых информативных, то это будут те особенности среды, которые формируются человеком под влиянием его характерологических и личностных особенностей, а значит и особенностей болезненно измененной личности.

Если взять для описания среду обитания души аутиста, то среди множества различных, не похожих друг на друга признаков этой среды, будут и общие, идущие от глубины инакого жизненного пространства аутиста. **Феномен инобытия**, описанный нами в одном из предыдущих номеров журнала, проявляется не только и не столько в высказываниях аутиста, сколько, подчас, в устройстве жизненного пространства и обиталища больной души. Стремление отгородиться от мира, уползти в улитку собственной судьбы, обязательно скажется на строительстве своей собственной “берлинской” или “китайской” стены. Иногда — это шкаф, перегораживающий комнату наполовину, а иногда и подобие шалаша, встроенного в обычную квартиру многоэтажного дома. Или, как было в наших наблюдениях, — маленькое гнездышко для матери и сына, окруженное спрессованными кучами мусора и лазом, шириной в человеческое тело. Аути-

сту не нужно общение с себе подобными, у него может не быть обычного дверного звонка, почтового ящика, места для приема гостей в доме. В кухонном шкафу может находиться один стакан, одна тарелка, одна ложка и вилка. В стационарной истории болезни, возможно, и не стоит описывать особенности такого быта, но в амбулаторной истории, на наш взгляд это сделать просто необходимо, ибо это описание будет главным *объективным подтверждением* замкнутой отгороженной жизни пациента.

А вот среда, в которой обитает душа демонстративной личности. Все в доме — это эпатаж, претензии на последний пик моды в бытуустройстве. Люстры, обои, мебель, цветочные вазы — все будет кричать о яркости и незаурядности владельца. На почетном месте, видимом с любой точки пространства гостиной, будет стоять фотография, где наша героиня сфотографировалась с какой-нибудь сегодняшней знаменитостью. На книжной полке — последние любимицы элитной богемы. В конце шестидесятых — томик Хемингуэя, с его бородатой физиономией. Чуть позже — Высоцкий, в черном костюме Гамлета с гитарой наперевес. Сегодня — Пелевин или Акунин. Но если попросить почитать хозяйку что-нибудь из стихов последнего модного поэта, больше одной-двух фраз не услышишь. У нашей попрыгуньи-стрекозы и муж — лишь один из типажей ее личного музея мадам Тюссо. Вспомним Дымова, который только перед смертью стал для жены важным экспонатом ее музея знаменитостей.

Представим среду обитания души психастенической или эпилептоидной личности с ярко выраженной пунктуальностью. Ванная комната с десятками стаканчиков, отполированные стены, каждый кусочек мыла располагается в единственном, предназначенном ему месте. Десятки различных шампуней, кремов, паст, мочалок и щеточек. Весь дом, вся квартира словно живет по строгому расписанию, своеобразному домашнему уставу. Для каждой пары обуви свой собственный крем, коих десятки лежат аккуратно на обувной полочке.

Неустойчивая аномальная личность, зачастую, разболтанное, без царя в голове существо, человеческий пластилин, скульптура, вылепленная без стержня. Его дом может быть минивокзалом, с разбросанной посудой, бутылками, книгами, валяющимися лифчиками, чулками случайных подруг. Дом заполнен окурками, грязными дырявыми носками, запахом немытого тела и дешевым табаком. От внимательного пытливого взгляда психиатра, который должен стать на время искусственным следователем, не должна укрыться ни одна сколь-нибудь важная деталь. Конечно, это не совсем наука, это больше искусство. Но им нужно овладевать и развивать в себе эту способность — видеть признаки страдания в молчаливом существовании предметов неживой природы или изделий рук че-

ловеческих, в которые больная душа вдохнула свою неповторимую суть.

Среда обитания души может меняться быстро и резко, вслед метаморфозам самой души: “И сама та душа, что, пылая ждала, треволненьям отдаваться спеша, — и враждой, и любовью она изошла, и сгорела она, та душа”. Вот комната матери, потерявшей своего единственного сына в бессмысленной уличной драке. Аура вечной печали, сумрак бесконечной душевной муки окутывает все, что есть в этой комнате. Маленький портретик в самодельной дешевой рамке, возле которого горит вечная свеча. Ее пламя тает и тает, как надежда матери встретить сына на этом или том свете. На дверном крючке висит отутюженный костюм ребенка, в котором он в последний раз ходил на танцы. Она прижимается к этому костюму, вдыхая запах родного существа. Тихие слезы падают и падают на лацканы пиджака. На книжной полочке стоит несколько томиков любимых книг сыночка. Иногда она принимается читать эти страницы, но мысли быстро путаются, она укладывает книжки назад, и они месяцами покоятся на полке. На столе стоит шкатулка, где хранятся два письма, написанные ее дитем в тот месяц, когда он с группой студенческого десанта убирал картошку. Самые простые слова этих писем читаются ею, как откровения Экклезиаста, как великая мудрость мира, обращенная лично к ней. Зайдя в такой дом, нужно ли вопрошать мать о ее настроении? Нужны ли для психиатра слова самой женщины, или мы сумеем по косвенным признакам жития такой души определить степень и глубину ее страданий?

Попытаемся заглянуть в обиталище души параноидной больной. Еще не зайдя в квартиру, мы обращаем внимание, как долго она бряцала ключами, открывая, один за другим, пять замков входной двери. Изнутри дверь выглядит как сейф швейцарского банка. Плотные, светонепроницаемые шторы на окнах. Через маленькую щелочку в них больная изучает приподъездный дворик. Телефон с обязательным определителем номера звонящего к ней. Очень часто в доме живет собака, а то и две. Если бред преследования существует с бредом физического воздействия, то в доме будут “индивидуальные средства защиты”, вроде уже описанных нами резиновых шапочек, лифчиков, ковриков и прочих вещей, “защищающих” большую от воздействий электромагнитного или иного поля, тока, лучей и т.д.

Великолепное описание среды обитания больной души дал Э. Блейлер, описывающий пациента с бредом, ожидающим свою возлюбленную принцессу в гостиничном номере: “Кататоник... отправляется однажды в гостиницу, занимает лучший номер и ложится в кровать. Он ждет принцессу, которая должна сочетаться с ним браком. Наш пациент мыслил реальными вещами, которые здоровый человек мог желать лишь в сказочной ситуации, осуществить которую ему обещала добрая фея... он совершенно игнориро-

вал то обстоятельства, что он — невзрачный бедняга и, кроме того, — обитатель психиатрической больницы, что принцесса может столь же мало, как и другие люди венчаться изо дня в день без соблюдения формальностей, что неприглядная гостиница мало подходит к желательной для него ситуации...”. Больной душе этого пациента Блейлера в данный конкретный момент его болезни нужна была именно такая среда обитания.

А вот среда обитания души пациента с апато-абулическим процессуальным дефектом. Мы входим в царство заснувшей жизни: по углам паутина, изъеденная молью одежда, не одевавшаяся десятилетиями. На столе тарелки с остатками неопределенной еды. Ее не выскабливать, а вырубать топором нужно с тарелки. В холодильнике заплесневелые овощи прошлогоднего урожая. Если поднять крышку кастрюли, помойный запах ударит в нос, как пробка от нашатыря. Носки стоят возле кровати. На тумбочке горка квитанций на неоплачиваемую годами квартирную плату. Если случайно задеть половик или палас, туча пыли “весомо, грубо, зrimo” заполонит все воздушное пространство комнаты. Из-под дырявого одеяла торчат годами не мытые ноги с толстым слоем грязи, отполированной, как асфальт. Ногти заворачиваются внутрь и похожи больше на копыта, чем на человеческие ногти. Много ли нужно врачу-психиатру дополнительных слов, чтобы опознать суть состояния души такого больного?

Давайте проследим плоды душевной муки и патологического творчества бредового ревнивца. Вот телескоп, с 250-кратным увеличением, который он купил, чтобы следить за женой с расстояния полкилометра и подкарауливать, с кем она выходит из автобуса. Вот набор химических средств. Он собрал эти вещества, чтобы с их помощью выявлять мельчайшие следы чужой спермы на выстиранном белье супруги. Вот расписания движения всех городских автобусов. Он сверяет время не по часовому меридиану, а по рейсам приезда и отъезда жены. А вот семейный фотоальбом. Несколько страниц в нем наш ревнивец посвятил фотографиям сослуживцев жены. Долгими часами он разглядывает портреты “любовников” жены, тася их по степени вероятности измены. Перед приходом своей супруги он включает миниатюрный dictaphon и записывает на пленки долгие мучительные свои расспросы и ответы отчаявшейся жены. Сидя глубоким вечером на кухне, он прослушивает в наушники пленки и сверяет мельчайшие расхождения в деталях ответов и объяснений. Ревнивец создал своим бредовым творчеством мастерскую поиска доказательств собственных болезненных суждений и мыслей.

Попробуем заглянуть в купе поезда, куда только что зашел наш случайный попутчик. За полчаса до сего момента у него начал формироваться дорожный параноид. Будут ли какие-либо особые одежды у

души этого человека, надетые этой душой на несколько часов существования быстротекущего психического расстройства? Попутчик закрыл свои глаза солнцезащитными очками. Они производят странное впечатление в полумраке купе. Для того чтобы, "в случае чего", быстро "сгруппироваться", он ложится спать одетым прямо на голый матрас, подложив под голову свой портфель. Причем, вскоре после отхода поезда, он, как и все, сполна заплатил за постель. Под правой рукой лежит газовый пистолет. Окно купе плотно закрыто kleенчатой шторкой. При стуке проводника попутчик пулей слетает со своей верхней полки, подкрадывается к двери и шепотом спрашивает, кто стучит.

А вот явление народу гипоманиакального пациента. На этапе начинающейся мании он снял со сберкнижки изрядную сумму и вертит перед носом любого случайного прохожего толстыми пачками зелененьких или сиреневых купюр. Он существует в ближайший ресторан, окруженный целым табором случайных подруг-однодневок. В течение вечера часто встает из-за изысканно накрытого стола, подбегает легким шагом молодой газели к эстраде, выхватывает микрофон и начинает распевать очередной модный шлягер. Из бумагника вместе с денежными купюрами то и дело вылетают десятки визиток, которые он щедрым жестом

протягивает всякому желающему поцарствовать за чужой счет. Да что там визитки? Он снимает со своего разгоряченного плеча дорогую дубленку, заворачивает в нее миловидную девушку и жестом Степки Разина бросает это диво в "набежавшую волну" дармоедов.

Конечно же, описывать такие сюжеты в истории болезни довольно рискованно, история болезни — все же не роман и не повесть. Важно увидеть и сделать зарубку, оставить в памяти отметину, которая в нужный момент исследовательского творчества врача запишет, как пеленг, фиксирующий нужную волну неприятельского передатчика. А коль сможем с ее помощью быстро локализовать, найти и обезвредить неприятеля — душевную боль и муку, значит, не зря взглядывались в смутные очертания, таинственные блики среды обитания души, с пользой для дела искали и находили дополнительные косвенные признаки психического страдания.

ЛИТЕРАТУРА

1. К. Ясперс. Общая психопатология. — Москва: Изд. "Практика", 1997.
2. А. Блок. Незнамка. — Москва: изд. "Яуз", 1995.
3. Е. Блейлер. Аффективность, внушаемость и паранойя (Пер. с нем.). — Одесса, 1929
4. С. Л. Рубинштейн. Человек и мир. — СПб: Изд. "Питер", 2003.

РЕКОМЕНДУЕМ С. Ю. Циркин АНАЛИТИЧЕСКАЯ ПСИХОПАТОЛОГИЯ

М., 2005, 200 стр.

Книгу можно заказать в издательском доме Медпрактика-М
125993, Москва, А-80, ГСП-3, Волоколамское шоссе, 4
Тел./факс: (095) 158-4702, E-mail: id@medpractika.ru

Второй международный конгресс МОЗГ И ПОВЕДЕНИЕ

17 – 20 ноября 2005 г., Фессалоники, Греция

kfount@med.auth.gr; www.psychiatry.gr

Пятый международный форум НАСТРОЕНИЕ И ТРЕВОЖНЫЕ РАССТРОЙСТВА

9 – 11 ноября 2005 г., Вена, Австрия

ifmad@publiccreations.com; www.aim-internationalgroup.com/2005/ifmad

Диэнцефалез — это дебют шизофрении?

Семинар ведет А. Ю. Магалиф (16 декабря 2004 г.)
врач-докладчик М. А. Эльдяева

Уважаемые коллеги, вашему вниманию представляется больной Б., 1961 г. рождения. Поступил в больницу им. В. А. Гиляровского 2 ноября 2004 г. по направлению ПНД. Поступает на стационарное лечение 11-й раз.

Анамнез. Родился и вырос в г. Москве. По линии отца имеются родственники с алкогольной зависимостью. Отец умер 78 лет в гипергликемической коме. Он был спокойным, сдержанным, добрым, хорошим семьянином. Мать 77 лет, добрая, хозяйственная, всегда была главой семьи. Больной имеет старшую сестру 1954 г.р., замужнюю, социально благополучную, отношения между ними теплые. Беременность у матери протекала без осложнений, роды в срок, самостоятельные. В 3 года был обнаружен врожденный порок сердца: "Дефект межжелудочковой перегородки". Находился под наблюдением в институте Вишневского у ревматолога. Таким же заболеванием страдает сестра. Посещал ясли, детский сад, был активным и подвижным ребенком. В школу пошел 7 лет, учился всегда хорошо. В подростковом возрасте по характеру не изменился. В 1978 г. успешно закончил 10 классов, поступил в МИРЭА на заочный радиотехнический факультет. Учился хорошо, но сессии сдавал не вовремя из-за занятий спортом (ушу, карате). Дважды за период обучения брал академический отпуск. Параллельно учебе устроился лаборантом в НИИ дальней связи. В этот период себя характеризует человеком веселым, компанейским, оптимистически настроенным, много работал, легкоправлялся с поручениями. Из-за диагноза "Порок сердца" был освобожден от занятий физкультуры и от службы в армии. Женился в 1986 г., в 1987 г. родилась дочь. В том же году окончил институт, продолжил работу в НИИ дальней связи радиоинженером. Работа была связана с электромагнитными полями и излучениями СВЧ и УКВ диапазонов, стало портиться зрение. В общей сложности проработал 11 лет. Больным себя считает с июля 1996 г., когда на фоне переутомления, связанного с интенсивным трудом (работал сутки через сутки), испытал полуобморочное состояние, с потемнением в глазах, слабостью, головокружением, головными болями "режущего" характера в течение двух часов. В дальнейшем головные боли продолжа-

лись 1,5 месяца, в это же время была температура 37,2. Обратился к участковому терапевту, был обследован на туберкулез и направлен к невропатологу, где поставлен диагноз "Вегетососудистая дистония с нарушением саморегуляции". Было рекомендовано отказаться от работ в ночную смену. Амбулаторно принимал пиракитам, винпоцетин, церебролизин, седуксен, сонапакс, амитриптилин. Эффект был кратковременный. Приступы головных болей могли продолжаться неделю. На фоне лечения в сентябре этого же года испытал необъяснимую тревогу и страх, сопровождающиеся "комом" в горле, отчаянием. В это время мог сидеть, обхватив голову руками и раскачиваясь из стороны в сторону, стонал. Такие состояния проходили при приеме седуксена или реланиума, в день принимал 3–4 таблетки. В дальнейшем подобные состояния стали повторяться с частотой 2 раза в месяц, чаще во второй половине дня. Для снятия неприятных ощущений употреблял алкоголь, который приносил облегчение на некоторое время, после чего состояние повторялось, но с удвоенной силой. К приему алкоголя прибегал, когда не было транквилизаторов. Осенью 1997 г. находился на лечении в Клинике неврозов им. Соловьева с диагнозом "Ипохондрическое расстройство. Депрессивно-ипохондрический синдром", где принимал сонапакс, реланиум, амитриптилин, с нестойким эффектом. К этому времени появились запои по 3–4 дня и до 0,5 л. водки в сутки. Участились конфликты в семье в связи со злоупотреблением алкоголем и частотой сменой мест работы. Психическое состояние оставалось неудовлетворительным: тревога возникла спонтанно, вне каких либо травмирующих событий. Появился страх, что приступ может повториться. Стал испытывать ощущение спазмов сосудов головного мозга, казалось, что "сосуды хрупкие и вот-вот лопнут", кроме того, стали появляться периоды пониженного настроения. За последние 8 лет сменил 7 мест работы: не выдерживал испытательного срока, либо неправлялся с работой, несмотря на то, что находил работу более легкую, чем в начале своей трудовой деятельности. Впервые по поводу запоев был стационарирован в ПБ № 3 в 2000 г. Кроме невозможности прервать запой присутствовали жалобы на сниженное настроение, бессонницу, страх смерти, ча-

стые головные боли. Был ипохондричен. Последующие 10 госпитализаций были также связаны с алкогольной зависимостью. Назначались дегидратация, дезинтоксикация, витаминотерапия, пирацетам до 800 мг в сутки, сонапакс до 30 мг в сутки, паксил до 40 мг в сутки, рисполент 3 мг в сутки, алпразолам до 4 мг в сутки, галоперидол по 0,75 мг 3 раза в день, циклодол до 6 мг в сутки, реладорм 10 мг в сутки в различных схемах и комбинациях. На фоне систематической медикаментозной терапии выписывался всегда со значительным улучшением, с уменьшением тревоги и нормализацией настроения. Сразу после выписки лечение принимал бессистемно, возобновлял выпивки. На работе для уменьшения тревоги и страха принимал большое количество спиртосодержащих седативных средств: корвалол, валокордин до 1/2 флакона. В связи с опьянением получал взыскания по работе, которая требовала концентрации внимания. Из-за частой смены мест работы развелся с женой. После развода проживает с матерью, пенсионеркой. Уволен с последнего места работы в октябре 2003 г. В период предпоследней госпитализации в феврале 2004 г. консультирован психологом.

Психолог М. В. Рюмина. Больной ориентирован в полном объеме, доступен контакту. Фон настроения несколько снижен, тревожен. Высказывает жалобы на эпизодическую тревожность, головные боли, расщепленность, слабость. По отношению к своему состоянию и результатам своей деятельности некритичен.

Мотивация к исследованию формальная. Работоспособность на момент исследования без выраженных нарушений. Объем произвольного внимания в нижних границах нормы, распределение затруднено. Показатель непосредственного запоминания в норме: 5, 9, 9, 9, 9, ретенция значительно снижена — 4. Эффективность опосредованного запоминания 100%. Ассоциативный процесс протекает в неравномерном темпе. Образы не все адекватны по смыслу, некоторые отдалены от смысла стимульных понятий, по содержанию пустые, формальные. Графика с органическими чертами. Сфера мышления характеризуется расплывчатостью, элементами разноплановости, тенденцией к соскальзыванию на побочные ассоциации, снижением критичности мыслительной деятельности. Категориальный способ решения мыслительных задач доступен на простом уровне. Отмечается нарушение логики суждений. Эмоционально-личностная сфера характеризуется эмоциональной обедненностью, субдепрессивным фоном настроения, незрелостью, ослаблением мотивационно-волевой структуры. Проективная диагностика выявляет ригидность, агрессивность, носящую защитный характер, обидчивость, неустойчивость, боязливость, тревожность. Таким образом, на первый план выступают трудности распределения внимания, снижение механической памяти, а также ряд специфических процессуальных нарушений в сфере мышления (в виде расплыв-

чатости, черт разноплановости, тенденций к соскальзыванию на побочные ассоциации) у незрелой, эмоционально-обедненной личности на фоне ослабления мотивационно-волевой структуры.

В феврале 2004 г. находился на лечении в нейрохирургическом отделении ГКБ № 36 с диагнозом: "Ссадины головы и лица. Токсическая энцефалопатия. Алкогольное опьянение". Обследован, патологии не найдено, выписан с рекомендацией наблюдения в травмпункте по месту жительства. После травмы появился трепет рук. С этого периода алкоголь употреблять прекратил из-за страха ухудшения состояния здоровья. Последний год нигде не работает, средств к существованию не имеет, потерял друзей, отношения с семьей поддерживает формально, перестал общаться с людьми, постоянно живет в ожидании возникновения приступа тревоги, фиксирован на своем психическом и физическом состоянии. В сентябре 2004 г. дана 3 группа инвалидности по диагнозу "Шизофрения неврозоподобная". Через 1,5 месяца после выписки состояние вновь ухудшилось. Самостоятельно обратился в ПНД за помощью. Стационирован по путевке в ПБ № 3 2 ноября 2004 г. Поступил с жалобами на подавленное настроение, апатию, тревогу, головную боль, ощущение "кома" в горле, плохой сон.

Соматический статус: Среднего роста, удовлетворительного питания. Кожа и видимые слизистые без патологических высыпаний. Язык обложен белым налетом. Зев не гиперемирован. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Сердечные тоны приглушены, ритмичные, АД — 130/80. Частота сердечных сокращений — 82 уд/мин. Живот мягкий, безболезненный. Печень + 2, слегка болезненная. Отеков нет.

Анализы крови на РВ и ВИЧ — отрицательны.

Клинический анализ крови — в пределах нормы.

Биохимический анализ крови — в пределах нормы.

Анализы мочи — в норме, белок и сахар отсутствуют.

Рентгеноскопия органов грудной клетки — без патологии.

Эхо-ЭГ — смещений срединных структур нет.

ЭКГ — врожденный порок сердца (дефект межжелудочковой перегородки).

Консультация терапевта — "Врожденный порок сердца (дефект межжелудочковой перегородки). Хронический алкогольный гепатоз".

Неврологический статус: Зрачки Д=С, фотопреакция живая, конвергенция не нарушена. Язык по средней линии, лицо симметричное. Оскол симметричный. Тонус мышц в норме. Сухожильные рефлексы сохранены. В позе Ромберга неустойчив, покачивания в сторону. Тремор вытянутых рук. Острый очаговой и менингиальной симптоматики не выявляется. Консультация невропатолога: "Энцефалопатия

сложного генеза, последствия хронической алкогольной интоксикации и ЧМТ".

Психический статус при поступлении. Сознание ясное. Ориентирован всесторонне правильно. Контакту доступен. Настроение снижено. Мимика бедная. Выражение лица грустное. Походка шаткая. Создается впечатление некоторого медикаментозного опьянения. На вопросы отвечает после паузы, засторможен. Повторяет уже сказанную фразу несколько раз. Высказывает жалобы на плохое настроение, тревогу, ощущение "кома" в горле, нарушение сна, головные боли. Алкоголизацию отрицает. Говорит, что в течение 6 месяцев не пьет. Не скрывает, что принял 6 таблеток феназепама и 1 таблетку сонапакса. Высказывания не всегда последовательны. Критики к злоупотреблению лекарствами нет. Просит помочь облегчить состояние. Первые дни в отделении малообщителен, много времени проводил в кровати. Настроение снижено. Мимика бедная. Внешне унылый. Сохранялись жалобы на тревогу, возникающую во второй половине дня, проходящую после приема лекарств, "ком" в груди. На фоне проводимой терапии состояние стабилизировалось. Редуцировалось чувство страха, головная боль, ощущение "кома" в горле. Фон настроения достаточно ровный, но временами к вечеру возникает небольшая немотивированная тревога, которая купируется приемом лекарств. В данное время сохраняются периодические приступы тревоги.

Лечение: галоперидол по 0,75 мг 3 р. в сутки, паксили 20 мг в сутки, циклодол 6 мг в сутки, алпразолам 4 мг в сутки, ПК-МЕРЦ (антипаркинсонический препарат) 300 мг в сутки.

Консультация психолога от 9 декабря 2004 г. Больной ориентирован в полном объеме, в контакте формален, фон настроения несколько снижен, тревожен, напряжен, ипохондричен. Высказывает жалобы на некоторую рассеянность, ухудшение памяти, слабость, утомляемость и "деревянную голову", шум в ушах, отмечает некоторое снижение тревоги. Критичность по отношению к своему состоянию несколько снижена. Задания выполняет старательно, однако результатами не интересуется. Работоспособность несколько снижена, утомляем. Объем произвольного внимания в норме. Отмечаются значительные колебания концентрации, распределение затруднено. Показатель непосредственного запоминания в норме: 7, 8, 9, 10, ретенция снижена — 6 слов. Введение опосредования повышает продуктивность мнестической деятельности до 100 %. Ассоциативный процесс протекает без выраженных затруднений. Образы в целом адекватны по смыслу, по содержанию — конкретны, многие аффективно заряжены. Отмечается стереотипия изображений. Графика содержит "органические" черты. Сфера мышления характеризуется неравномерностью процесса обобщения, элементами резонанса, тенденцией к соскальзыванию на побочные

ассоциации, снижением критичности мыслительной деятельности. Переносный смысл пословиц трактует с налетом субъективизма. Эмоционально-личностная сфера характеризуется эмоциональной обедненностью, ослаблением мотивационно-волевой структуры, ипохондричностью, незрелостью. Проективная диагностика выявляет субдепрессивный фон настроения, значительный уровень внутреннего напряжения, выраженную паранояльность, агрессивность, раздражительность. Актуальными являются ощущение не преодолимых трудностей, тревога, усталость, беспокойство, контролирование аффективных проявлений, потребность в покое и отдыхе. Таким образом, на первый план выступают нарушения в сфере мышления — в виде неравномерности процесса обобщения, тенденции к соскальзыванию на побочные ассоциации, элементов резонанса и субъективизма, и в эмоционально личностной сфере — в виде эмоциональной обедненности, ипохондричности, паранояльности; ослабление мотивационно-волевой структуры на фоне тревожности, напряженности, раздражительности, а также колебания концентрации внимания и нерезкого снижения механической памяти.

БЕСЕДА С БОЛЬНЫМ

Больной входит в аудиторию свободно, не стесняясь. — Здравствуйте! Проходите, пожалуйста. — Здравствуйте. — Вы ведь одиннадцатый раз поступаете в больницу. Наверное, уже привыкли к врачам и психологам? — Да. — Интересно Вам с ними? — Иногда интересно бывает работать с психологом. — Интереснее, чем с психиатром? — Психиатр больше слушает, принимает информацию, а психолог задает такие вопросы, на которые не сразу ответишь, надо подумать и что-то сконструировать. — Вас ставят в тупик такие вопросы? — В общем-то, нет, если подумать, то можно ответить. — Вам запомнился какой-нибудь вопрос психолога, на который не так легко было ответить? — Да, например, изобразить несуществующее животное. — Кого же Вы изобразили? — Рыбу с головой кота. — Вас, наверное, спрашивали какие-то пословицы, поговорки? — Да. — Вы легко на это отвечали? — Вопрос ставился, как можно это изобразить... — Как толковать, наверное? — Как толковать и еще, как изобразить рисунком. — Как, например, можно изобразить такую известную пословицу: "Дорога ложка к обеду"? — Здесь изобразить, конечно, сложно. — А как толковать? — А чем же обедать то? — А как еще можно ее толковать? — Можно толковать в переносном смысле. "Дорогое яичко к Христову дню", тот же смысл. — А такая пословица: "Баба с воза, кобыле легче"? — Лишние люди нам не нужны. — Когда Вы работаете с психологом, то быстро устаете? Сколько занимает сеанс? — Минут сорок. Разные психологи, иногда думаешь: "Когда же закончится?" — Вам надоедает или

Вы устаете? — Скорее надоедает. — Вам надоедает то, что повторяются одни и те же тесты из одного обследования в другое? — Я мирюсь с этим. — Но не раздражает? — Нет. — Как у Вас с памятью? — Память хуже стала последнее время. — Что такое последнее время? — Последние пять лет. — Она колеблется у Вас, то лучше, то хуже? — Да, колеблется. — Назовите причины, которые ухудшают память. — Прием нейролептиков, транквилизаторов. — Только это? — Да. Мне невропатолог назначал ноотропные препараты, они улучшают память, правда, немножко взвинчивают. — Назовите самую главную жалобу, с которой Вы все время обращаетесь в больницу? — Необоснованная тревога, чередующаяся с ощущениями спазмов сосудов, то есть головная боль режущая, но больше тревога, с головой можно справиться, приняв анальгин или седалгин. С тревогой уже сложнее. — Почему? — Не существует препаратов. Если я себе накаплю корвалола или валерьянки, то это помощь слабая. Дорогие препараты, антидепрессанты и нейролептики: сонапакс или амитриптилин можно приобрести без рецепта. — Они помогают? — Помогают, но притупляют. — Притупляют тревогу или притупляют разум? — Притупляют разум, тревогу они убирают. — Совсем? — Не совсем, другие транквилизаторы лучше. — У Вас бывает тревога отдельно от спазмов сосудов? — Да. — А спазмы сосудов без тревоги? — Бывает, иногда переходит одно в другое. — А что в начале? — И то и другое может быть. Когда у меня болезнь лет десять назад только начиналась, беспокоила в основном только голова, спазмы сосудов, головная боль. А тревога появилась уже спустя месяца два. Пирацетам и ноотропил мне мало помогали. Я обратился к невропатологу и попробовал принимать седуксен, он снимал эти спазмы. Но если я принимаю его, допустим, месяц и он у меня заканчивается, то я испытывал тревогу. Возможно, образовалась какая-то зависимость. — Вы испытывали тревогу, потому что нет препарата? — Да. А в последствии она уже возникала сама по себе. — Вы помните первый приступ тревоги? — Возникла беспричинная тревога. — Но Вы же называете причину. — Мне сначала так показалось. Но, в конце концов, я понял, что она может возникать вне зависимости от приема препаратов. Даже иногда препараты не помогают. — Опишите, пожалуйста, как она начинается? Вот Вы просыпаетесь с утра, все в порядке? — Да. — Вы высыпаетесь обычно? — Не всегда. — Утром Вы себя чувствуете прилично? — Да, я привык перед завтраком выпивать чай без сахара. — Когда начинается тревога? — Я работал в одной организации, работа была по выезду, ремонт копировальной техники. Я приезжаю на работу, беру инструмент, получаю задание, куда нужно поехать и точно в одиннадцать часов утра у меня начинаются приступы тревоги. — С чего она начинается? — Это очень похоже на сильное волнение. Волнуешься как перед экзаменом, толь-

ко в сто раз сильнее. Это где-то в области солнечного сплетения, как “ком” какой-то. Слабеют руки и ноги, надо принимать лекарство. — Мысль о сердце возникает при этом? — Нет, все нормально может быть, просто какое-то волнение идет. — Это прямо физическое ощущение? — Да. — Вы говорили, что еще “ком” в горле возникает? — “Ком” в горле возникал в виде обиды, “что же такое со мной произошло, что это такое вообще?” — Обида на болезнь? — Да, такое отчаяние. — Почему Вы называете это тревогой, а не волнением? — Это здесь принято так называть. Я первое время, приходя к врачу, говорил, что сильно волнуюсь. — Тревога, это ведь страх? — Не совсем похоже на страх, скорее волнение. — Вы говорили, что оно передается на ноги. — Да, ноги слабеют в коленях, подкашиваются. — И Вам кажется, что Вы можете упасть? — Нет, этого не кажется. — Вы никогда не боялись упасть? — Нет. Я искал средства, которые мне могут помочь. — В животе какие-нибудь ощущения бывают? — Нет. — В левой руке, в левой лопатке? — Нет. — Если не принимать лекарство, сколько это может продолжаться? — К ночи проходит. — То есть весь день? — Да. — Это может продолжаться до ночи? — Если никаких мер не принимать, то может. — Вы тогда уже никуда не можете ехать? — У меня таких случаев не было. Я все-таки находил средство, корвалол, например, накапать. — А на работе? — Это просто ужасно было терпеть. — Не могли найти себе место, метались, вызывали скорую помощь, возникал страх смерти? — В общем, не было такого. — Скорую помощь не вызывали? — Вызывал. — Зачем? — Жена вызывала. — А на работе? — Нет, на работе не вызывал. Яшел в медпункт, жаловался, что сердце покалывает. — Это Вы так просто говорили? — Да, мне капали корвалол или валокардин. — Это помогало? — Помогало. — И можно было ехать на вызовы. — Да, дальше легче было. — Вам не страшно было в транспорте ехать? — Нет. — Что за работа у Вас была, заправка картриджей? — Нет, полная профилактика, чистка, разборка аппарата, замена изношенных узлов. — Это требует сосредоточенности? — Да. — Вы могли все это сделать? — Иногда приходилось идти на хитрости. Я о работе отчитывался через компьютер. Я откладывал работу на другой день, писал, что нужны комплектующие, а на следующий день принимал уже какие-то меры, принимал тазепам или феназепам. — Если у Вас с собой не было лекарств, то Вы уезжали домой? — Я возвращался на работу. — И там досиживали уже до вечера? — Там тоже была работа по ремонту той аппаратуры, которую привозили. — Но волнение оставалось? — Да, приходилось терпеть. — А сердцебиение при этом было? — Не всегда, но было. — Что еще Вам помогало кроме корвалола, для снятия такого состояния? — Я обращался к невропатологу, она выписывала мне седуксен и реланиум. — Это помогало? — Это помогало, но феназепам практи-

тически не помогал. — А сонапакс? — Впоследствии, когда я почувствовал, что у меня идет привыкание к транквилизаторам... — Привыкание в каком смысле, они переставали действовать? — Начинала расти дозировка, потом они начинали действовать парадоксально. — В каком смысле? — Вызывали тревогу. — Значит, росли дозы, и Вы стали замечать, что они действуют на Вас возбуждающе? — Как будто уже не действовали, опять стала возникать тревога. — Транквилизаторы возбуждали Вас? — Не возбуждали. — Вы сказали, что они как-то парадоксально действовали. — Наверное, это не совсем уместное слово. Был такой случай. Я пришел к невропатологу, сказал, что мне не помогают транквилизаторы, тогда мне первый раз назначили сонапакс — 10 мг и амитриптилин — полтаблетки. — Вам это стало помогать? — Да, потому что я уже привык к седуксену. — Что такое привык? — Без него кроме тревоги есть еще какое-то ощущение дискомфорта. — Какая максимальная суточная доза седуксена была? — Три-четыре таблетки. — Тревога вызывала головную боль? Вы сказали, что были спазмы головного мозга. — Да, чувство сдавливания, режущие боли. — В какой части головы Вы это чувствовали? — Лобная часть. — На глаза давило? — Нет. — Рвота бывала? — Было как-то. — Это снимало головную боль? — Здесь не было тревоги, возникала тошнота. Я как-то лег спать и чувствую щелчок в голове, я даже вздрогнул, и после этого у меня две недели была тошнота и рвота. Потом это все само собой закончилось. Я пришел к невропатологу, она сказала: "У Вас микроинсульт наверное, был". — Вы рассказывали врачам, что в самом начале, у Вас была повышенная температура. Сколько она держалась тогда? — Месяц. — Когда она появлялась, Вы чувствовали, что у Вас температура? — Я чувствовал головную боль, покраснение в глазах и температуру. Когда мне поставили диагноз: "Вегето-сосудистая дистония", я подумал, что это ерунда, завтра этого не будет. — То есть Вы на этом не "застряли"? — По крайней мере, не плакал. — Вы говорили, что головная боль может возникать отдельно от волнения? — Да. — На нее что-то влияет, погода, например? — Да, я очень метеозависим. — Что чаще вызывает боль, повышение атмосферного давления или понижение? — Повышение. — Вы предчувствуете повышение давления? — Да. — У Вас только голова болит или волнение появляется? — И то и другое, по очереди. — За весь десятилетний период течения болезни, был положительный результат? — Есть положительный эффект. Когда я заболел, то за полтора года потерял в весе 16 кг. Я весил 83 кг, потом стал весить 67 кг. Сейчас я вешу 70 кг. У меня чаще возникает состояние волнения и тревоги и реже болит голова, чем было по началу. — Вы никогда не раздумывали, что же это такое с Вами? — Я думал, чем себе помочь. Когда я лежал в Клинике неврозов, занимался гимнастикой. — А Вы не думали, что же это за

болезнь такая? — Я думаю, что это от переутомления. — Вредности какие-то были у Вас, Вы тогда работали с СВЧ? — Тогда я был здоров, только зрение испортилось. — Между этой работой и началом болезни большой был период? — Лет пять. — Вы не помните, что-нибудь предшествовало началу болезни, может быть, настроение менялось? — Нет. — Просто так внезапно? — Да, сразу в глазах потемнело. — Теперь еще одна линия, которая сопровождает эти расстройства. Злоупотребление алкоголем. Сейчас Вы не употребляете спиртное? — Нет. — Сколько времени Вы не пьете? — Последний раз я выпил 13 февраля 2000 года. — Испугались и после этого перестали пить? — Да, были случаи, когда я оказывался без лекарств и алкоголь помогал, но на следующий день мне было еще хуже. — За какой период времени с того момента, как Вы начали выпивать, Вы дошли до запоев? — Это в период болезни или вообще? — Вообще. — Лет пятнадцать. — Вам сейчас сколько лет? — Сорок три. — А сколько Вам было лет, когда пошли запои? — Тридцать шесть. — Как часто они повторялись? — Редко, в среднем раз в полгода. — А в промежутках что? — Ремиссия. — То есть Вы вообще не пили? — Нет. — А сколько Вы в сутки выпивали? — Пол-литра. — И только? — Иногда — 0,75. — Голодные запои были? — Да, пищи я употреблял меньше. — Когда шел запой, это волнение было? — Нет, только голова беспокоила. — Но ведь спазмов не было? — Они как раз и были. Я не могу объяснить, что это, но это не боль, это вообще непонятно что, как будто голову распиливают пополам. — А почему запой заканчивался, сил больше не было пить? — Возбладал здравый смысл, что надо потихоньку выхаживаться, снижая дозу. — Как Вы выхаживались? — Четвертинка, растянутая на целый день. — Разбавляли водой? — Нет, не разбавлял. Потом еще один день такого дискомфорта, и так выходил. — Что Вас больше беспокоило физические страдания или психические? — Физические. — Дрожание? — Не дрожание, а голова в основном. — А бессонница? — Была. — И все это один-два дня? — Где-то так. — А потом с неделей чувствовали себя прилично? — Нормально. — А потом опять начиналось? — Потом начинались эти вегетативные расстройства. — Вегетативные расстройства, это что такое? — Может быть, я неправильно выражаюсь, это волнение, головные боли. — Вы опять начинали пить? — Я искал другой выход. — Какой? — Попасть к врачу, чтобы мне назначили лекарства. — Вы тогда ложились в больницу? — Да, я думал, что мне помогут. Мне давали сонапакс или амитриптилин. — Вы читали какие-нибудь книги по поводу Вашей болезни? — Нет. — Диагноз сами себе не пытались поставить? — Я пробовал, но не подходило. Дистония от слова "тонус", дистония — дисгармония. У меня все эти болезненные ощущения происходили при нормальном артериальном давлении. Загадочно то, что в глазах темно,

голова как расщепленная пополам, а давление 120/80. — Когда Вы выпивали, то Вам нужна была компания или один пили? — Не всегда один. — Вы же лечились алкоголем? — Когда лечился, да. Компании были раньше, тогда я не перегружал себя алкоголем. — Вы не пили несколько месяцев с февраля. Какой образ жизни у Вас? — Я не работаю сейчас. Ремонт делаю дома, оформляю пенсию. — Что Вы делаете целыми днями, читаете что-нибудь? — Читаю материалы по релаксационной гимнастике, про позвоночник, вегетативную нервную систему. — То есть Вы заняты собой? — Не только собой. К сестре на дачу ездил, там пожил две недели. — Работали? — Да. — Когда Вы много работаете физически, у Вас тоже бывает волнение? — Я как-то опаздывал на прием к врачу, у меня было сильное чувство тревоги, я пробежал бегом большую дистанцию, и тревога у меня притихла. — Почему бы Вам не использовать такой метод? — Находясь здесь в больнице, я первым делом записался на лечебную физкультуру. — Что Вы там делаете? — Я ходил в сильную группу, на тренажерах занимался, динамики мало, там статика в основном. — Вам как раз динамика больше нужна. Вам хорошо было бы на беговой дорожке заниматься, велосипед, плавание. Скажите, ведь Вам дают сильные препараты: галоперидол, амитриптилин? — Амитриптилин мне не дают, дают паксил. — Как Вы переносите галоперидол? — Он может у меня вызывать бессонницу. Я раньше принимал 1,5 мг, и у меня сводило стопы. — А глаза не сводило? — Нет. — Шею не сводило? — Нет. — Чувство непоседливости появлялось? — В больнице я это ощущал. — А чувство скованности? — Не принимая никаких лекарств у меня иногда было чувство скованности, сидишь, ждешь, когда отпустит. — Что должно отпустить? — Это не тревога, а именно от головы, как будто меня сковали ржавым железом. — Опишите поподробнее, пожалуйста. — У меня пару раз было так. — Дома? — Дома. — Внезапно? — Болела голова, я сел в кресло и оцепенел. — Сколько Вы так просидели? — Минут 15–20. — Потом само прошло? — Постепенно размялся. — А второй раз как было? — Тоже дома. — И больше не появлялось? — Нет. — Интересуетесь жизнью, телевизор смотрите? — Я в детстве интересовался и фотографией, и музыкой, и радиотехникой интересовался. — Политикой интересуетесь? — Нет. — Совсем? — Совсем, нельзя сказать. — Но, в общем ориентированы? — Да, но я не очень болезненно к этому отношусь. — Дискуссии всякие идут... — Никогда не вступаю в дискуссии. — Но Вас это интересует? — Интересует, но я в себя принимаю эту информацию, анализирую. Меня больше интересует, когда мои болочки закончатся. — Какие вопросы у врачей?

— Скажите, пожалуйста, чувство депрессии Вам знакомо? — Да. — А что это такое? — Врачи-психиатры называют депрессией состояние тревоги и волнения в груди. Об этой депрессии идет речь или о

подавленном настроении? — О подавленном настроении. — Вначале было, как только я заболел, до слез, до отчаяния доходило. — Но это было как реакция на Ваше состояние? — Да. — Депрессия с апатией, страхом? — Не ярко выраженная, но бывает депрессия. — Долго длится это состояние? — Не долго, час-два. Стараюсь что-нибудь почитать, отвлечься как-то от этих мыслей. — А тревога или волнение всегда держатся на одном уровне в течение суток или больше утром и вечером? — Последнее время очень хаотично. Раньше было утром в одиннадцать часов, как только я приходил на работу. Я всегда пробовал находить выход. У меня не было случая, чтобы я терпел ее до вечера. Полдня я терплю, потом что-то предпринимаю. — Обострение тревоги, в какое время года бывает? — Осенне-весенний период. — В чем это проявляется? — Тревога чаще возникает и головная боль, даже не боль, а непонятно что. — Только головная боль или какие-то ощущения в теле бывают во время тревоги? — Ноги иногда отнимались. — Ком в горле бывает? — Сейчас уже отошло. — За эти 8–10 лет чувство слабости, утомляемости возросло? — Возросло. — Прогрессирует? — Прогрессирует. — Трудноправляться с теми нагрузками, с которыми раньшеправлялись? — Да.

Ведущий: Вы рассказывали доктору, что был период, когда Вы боялись этих неприятных ощущений, была тревога, что они появятся? — Я каждый день думал, что тревога не наступит. — Вы даже себе внушали, что не наступит? — Да. А как одиннадцать часов, опять начинается. А сейчас уже хаотически появляется, когда лучше, когда хуже.

— За время болезни были нарушения сна, например, неглубокий сон, ранние пробуждения? — Это нормальное состояние. Это и у здорового человека бывает, что он не может уснуть. Это все было, конечно. Я это к болезни не отношу. — Транквилизаторы в течение ночи принимали? — Нет.

Ведущий: Когда Вы пили водку, таблетки добавляли? — Никогда. — Либо то, либо другое? — Да.

— Вы по характеру изменились за время болезни? — По характеру я холерик. По характеру я вряд ли изменился, если музыка играет, то я могу и сплясать, когда не чувствую своих болезненных переживаний. — В чем Ваша основная проблема: тревога, настроение, головная боль или то, что Вы считаете себя выброшенным из жизни? — Считаю, что я немножко в стороне от жизни. Я каждый раз считаю, что болезнь пройдет. — Что нужно, чтобы радоваться жизни? — Избавиться от тревоги и от этих головных болей.

— Пирроксан Вам выписывали? — Выписывали. Когда я попросил на работе отпуск за свой счет, я на седуксене работал, чувствовал, что я на него “подсел”. Невропатолог мне назначила винпоцетин и пирроксан, это адреналино-бета блокатор и сонапакс, чтобы я отошел от транквилизаторов. Месяц я по-

лечился винпоцетином и пирроксаном и вернулся к работе. Месяц поработал нормально, а потом опять началось. — Продолжали принимать пирроксан? — Он на меня уже никак не действовал. — Пирроксан снимал тревогу? — Не снимал.

Ведущий: Что Вы хотите у нас спросить? — За такой длительный период болезни я уяснил для себя какие-то правила, как себя вести, что мне делать, чего остерегаться, чего бояться. — Почему же Вы их не выполняете? — Выполняю. — Лекарства нерегулярно принимаете. — Нерегулярно. Но я специально записал две кассеты релаксационной гимнастики в Клинике неврозов, занимался дома. — Но Вам же это не очень помогает? — Потому что я неделю позанимаюсь, а потом бросаю. — Совет Вам такой. Нужно обязательно общаться с врачом, обязательно принимать препараты. Но этого мало. Вы должны включать дополнительные жизненные силы, физические нагрузки. Релаксационные сеансы под пластинку или кассету не очень подходят, потому что Вы будете концентрироваться на своих ощущениях. Вспомните, стоило Вам пробежаться как следует, как у Вас прошла тревога. Вам нужны такие нагрузки и, конечно, ни грамма спиртного. — У меня вообще мечта откастаться от лекарственных препаратов. — Да, но нельзя все сразу отменить, опять начнутся расстройства. Вы должны чем-то их заменить и обязательно составить план своих занятий. Необходимо включить регуляторные механизмы Вашего организма. Не концентрироваться в релаксации на внутреннем состоянии, а действовать управляемым стрессом, нагрузкой. — Бывает трудно себя заставить что-то сделать. — Надо именно заставлять, потом будет трудно избавиться от болезни. Купите абонемент в бассейн, найдите группу, где играют в футбол, бегайте на свежем воздухе. Вам все это необходимо, у Вас организм расстренирован. Попробуйте. Всего доброго.

ОБСУЖДЕНИЕ

Врач-докладчик: Настоящее психическое состояние определяется тревожно-субдепрессивным синдромом, в структуре которого имеются пониженное настроение и тревога во второй половине дня. Одновременно в статусе отмечается эмоционально-волевое снижение с непродуктивностью. Имеются также изменение мышления в виде соскальзывания, элементов резонерства, а также снижение памяти и интеллекта, без грубых нарушений. Преморбидно больной — гипертимная личность, (веселый, общительный, оптимист, трудолюбивый). Начало заболевания можно отнести к 1996 г., когда впервые на фоне физического и психического переутомления возникло полуобморочное состояние с потемнением в глазах, слабостью, головокружением, после которого появились головные боли “режущего” характера, а в последствии — приступы немотивированной тревоги, страх

перед ее появлением. Тогда же начинается симптоматическое употребление алкоголя, перерастающее во вторичный алкоголизм. Если начало заболевания определялось соматизированными психическими расстройствами (сильные головные боли и длительная субфебрильная температура), то активный период приобрел хронический характер с неврозоподобными и сенесто-ипохондрическими расстройствами (головная боль “режущего” характера, ощущение спазмов сосудов головного мозга, казалось “сосуды хрупкие и вот-вот лопнут”). Появление негативной симптоматики (падение трудоспособности и продуктивности в работе, потеря профессиональных навыков, некоторая изоляция от окружающих людей, социальная дезадаптация) говорит о третьем периоде заболевания. Все выше перечисленное дает основание диагностировать “Шизофрению неврозоподобную”.

Вопросы к докладчику: — Ему проводили кодирование? — Он получал кодирование здесь, типа “торпедо”. Он около года не употреблял алкоголь. Тяги к алкоголю в это время у него не было.

— Как он относится к психотерапевтическому контакту? — Он очень пассивен в этом отношении. Он никогда не проявлял к этому интереса.

— Он ушел в болезнь из-за ипохондрического развития личности, или из-за небольшого дефекта? — Тут не небольшой, тут явный, судя по всему, дефект.

Ю. А. Мельников. Не совсем ясна природа приступов. Вроде бы они вначале легко снимались лекарствами и алкоголем, больной пытался удерживаться в социуме, боялся появления этих приступов. Потом началось ипохондрическое развитие личности, возможно с легким дефектом, который несколько компенсирует остроту этих состояний.

Ведущий: Доктор Мельников поставил принципиальный вопрос, который требует обсуждения. Мы имеем дело с невротическим уровнем болезни или с психотическим? Этот больной относится к больным неврозом или это больной с неврозоподобными расстройствами процессуального уровня? Можно ли сказать, что это больной не шизофренией, а больной с паническими атаками на резидуально-органическом фоне (все-таки он работал с вредностями)?

А. В. Павличенко. По МКБ-10 все эти расстройства можно расценить как соматоформную дисфункцию. Больной типичный. В общей амбулаторной практике, в практике отделений санаторного типа такие больные составляют довольно большой процент. Это объясняется неким патоморфозом шизофрении, с выходом на авансцену более выраженных аффективных, неврозоподобных, органо-невротических расстройств. Неврозоподобный уровень начинает превалировать.

О статусе больного. Как расценивать его главную жалобу — беспокойство? Это феномен тревоги. Эпифеномен. Тревога невротическая, аффективная или процессуальная? Это три рубрики, где этот феномен чаще всего встречается. Больной говорил, что его

тревога отличается от предчувствия этих, условно скажем, панических приступов. Это тревожная депрессия? Вроде бы нет, потому что отсутствует фазная динамика заболевания. Тревога по поводу невыясненного соматического заболевания, соматогенная тревога? Тоже не то. Методом исключения, мы можем расценивать эту тревогу как эндогенную, я бы даже сказал, эндогенно-процессуальную, тревогу беспочвенную, беспредметную, "свободноплавающую", как говорят в современных классификациях. Другие его расстройства, панические приступы, напоминают сенестопатические раптусы или сенестопатические кризы. Больной хорошо это описывает. Он говорит: "такое ощущение, как будто мне клешнями там что-то взломали". Он сравнивает это со спазмами сосудов. Он подчеркивает, что это не боль, это что-то необычное, ему трудно сказать, в чем эта необычность. По нашему определению это попадает под понятие сенестопатий — расстройство эндогенного регистра. Поэтому доктор говорит о психотическом уровне. Бессодержательная тревога и сенестопатические кризы, связанные друг с другом, не типичны для невротиков. Говоря о волевых расстройствах, можно отметить, что он вяловат, тускловат, обедненная мимика. В общем-то, и все, потому что каких-то выраженных расстройств мышления, которые проявляются в экспериментально-психологическом исследовании: соскальзывания, резонерство, я не вижу. Разве что некоторая конкретность мышления напоминает органическую. Есть и некоторая обстоятельность, но тоже не ярко выраженная. Теперь о динамике заболевания. В 1996 году возникает без всяких провокаций нетипичный для невроза криз, так называемый вегетативный криз, паническая атака в структуре которого выражены сенестопатии. Длится криз два часа. Все начинается не с вегетативных расстройств, как это часто бывает при неврозе навязчивых состояний, а с расстройств самосознания. Даже деперсонализация была. У нас на кафедре изучали такие состояния, и всегда подчеркивалось, что возникновение панических приступов с расстройствами самосознания, сенестопатиями и деперсонализацией прогностически неблагоприятно. Это, скорее всего, будет неврозоподобная шизофрения. Так же и в этом случае. Сначала возникает приступ с ведущим симптомом расстройства самосознания и тревога. Но это была не тревога невротическая, не тревога ожидания, а тревога как некий отдельный самостоятельный феномен, на который другие психотравмирующие факторы никакого влияния не оказывают. Дальше эти два феномена остаются ведущими в клинической картине. Есть ли расширение динамики? В общем-то, нет. Хотя есть нарушения негативного регистра, дефицитарного. Аутизация, снижение мотивационных установок, так называемый социальный дрейф: сначала был инженером, потом рабочим, сейчас уже год не работает и говорит: "Не могу". Эта ничем не объяснимая и ни с чем

не связанная слабость, типична для шизофренического процесса. Динамика негативных расстройств говорит о том, что это не расстройства невротического или аффективного уровня.

Об алкоголизме. До возникновения психических расстройств была, наверное, первая стадия. Потом алкоголизм приобрел запойный характер. И что типично для неврозоподобных шизофреников: больной начал лечиться алкоголем. Сформировались запои, вторая стадия. Потом, что тоже нетипично для алкоголиков, испугался и перестал пить. Фактически около года у него длится алкогольная ремиссия. Я еще хотел отметить важную особенность: это зависимость от транквилизаторов. Такие больные часто "подсаживаются" на транквилизаторы, и потом бывает тяжело снять эту зависимость. Наверное, нужно какие-то другие методы использовать, может быть, немедикаментозные способы преодоления зависимости. Мне кажется таким больным, не столько подходит пероральный галоперидол, сколько капельный. Галоперидол в дозах до 1,5 мг капельно обладает с одной стороны транквилизирующим действием, с другой — он не вызывает зависимости. Больной принимает альпразолам — 4 мг, это достаточно высокая доза.

О психотерапии. Мне кажется ЛФК, стимулирующие процедуры, нецелесообразны. Мне не верится, что здесь возможен долговременный эффект, потому что больной шизофренически измененный. Глядя на таких больных, у меня возникают мысли о других способах: ЭСТ, инсулиновые шоки, чтобы как-то "всколыхнуть" больного. Мой диагноз: "Шизофрения вялотекущая, неврозоподобная, осложненная зависимостью от транквилизаторов".

И. С. Павлов. Классификация МКБ-10 упрощает нашу практическую работу. Таким больным обычно ставят шифр F-21: "Шизотипическое расстройство". Потому что это неврозоподобное расстройство на уровне нерезко выраженного психотического состояния. Шизотипические расстройства часто трудно лечатся. Как отмечают А. Б. Смулевич, М. Е. Бурно, такие больные тяжело переносят нейролептики. Здесь и психотерапия нужна более глубинно активирующая. Больной отметил, что ноотропил как будто бы хорошо на него действует, но взвинчивает его. Действительно, в наркологических диспансерах отмечают, что ноотропил стимулирует влечение к спиртным напиткам. Конечно, какие-то активирующие, нормализующие препараты нужны. Я рекомендую назначить ему мексидол, который улучшает когнитивные функции, в тоже время потенцирует действие транквилизаторов, нейролептиков. А. Б. Смулевич считает этот препарат дневным транквилизатором, нормализатором. Учитывая, что больной даже не принимает регулярно лекарств, хорошо назначать модитен-депо в маленьких дозах.

М. Е. Бурно. Пациенты такого рода были клинически, классически-емко описаны в нашей стране.

Еще до войны, в 30-е годы, появились две работы, одна продолжение другой, Консторума, Окуневой, Барзак, и там обсуждаются эти больные, хотя и не вся эта нозологическая группа, она оказалась гораздо шире. Авторы рассказывают только о тех пациентах этой группы, у которых болезнь протекает поначалу достаточно отчетливыми, яркими аффективно-вегетативными пароксизмами, что сейчас называют паническими атаками. Потом эти пароксизмы становятся более вялыми, они размываются и сливаются в одну кашу с густыми и более гибкими местами. Но есть ведь и другие случаи в этой группе, где нет отчетливых острых пароксизмов, но, тем не менее, характер заболевания тот же самый. Пароксизмы эти, в отличие от дienceфальной органики, не имеют отчетливой, стойкой органическо-анатомической топики; анатомия в них перемешивается, они смягчаются и обостряются внешней обстановкой и т.д. Консторум, Окунева, Барзак отмечали, что здесь именно шизофренический (не органический) процесс захватывает, прежде всего, дienceфальную область, так сказать, седалище высших вегетативных командиров, и, в тоже время, седалище тревоги и других аффективных расстройств. В клинической картине все это тоже рядом, как и в анатомии. Такие расстройства в 30-е годы предлагали даже называть дienceфалезом. В том смысле, что это не дienceфалит, там нет воспалительного процесса, там нет органики, а в тоже время затронута дienceфальная область загадочным (шизофреническим) процессом. Отсюда эти странные сенестопатические расстройства, вегетативные дисфункции. Отсюда эта пронзительная тревога, животный страх и отсюда сравнительная сохранность мышления у таких пациентов. Больной даже весьма похож на душевно здорового человека, но, если приглядеться, эмоционально отчетливо разложен. Как Алексей Викторович говорил, больной гипомимичен, и, скажу уже от себя, он мягко, но шизофренически в то же время напряжен, разложен. Хочу защитить психолога. В том кратком патопсихологическом эксперименте, который предложил нашему больному Александр Юрьевич, больной обнаружил себя шизофренически расплывчатым и разноплановым. Например, с этими пословицами. Но, конечно, расстройства шизофренически-мыслительные здесь мало заметны рядом со звучанием шизофренического процесса в дienceфальной области. Здесь дienceфальное главное. С этого все и началось. Потемнело в глазах, тошнота, рвота, температура и какие-то необыкновенные (сенестопатические) ощущения. Ведь настоящая сенестопатия это шизофреническая сенестопатия, и она всегда имеет депрессивный корень. Тягостной депрессии-тоскливиости как будто бы и нет. Это все остается где-то в корне. Есть странное вычурное ощущение, будто "клешнями" кто-то залез к больному в голову и там "клешнями" "ворочает". Сама сенестопатия это, в сущности, физически, соматизированно

сказывающаяся депрессия. Депрессия, при которой даже часто не жалуются на тоску, при которой часто не жалуются и на панику, потому что больному все это кажется обоснованным, закономерным. Так в бою не жалуются на напряженность в душе. Больной часто не может выразить словами эти аффективно-сенестопатические расстройства: "как будто голову распиливают пополам", "боль — не боль". А ведь первый раз эти "клешни" держались два-три часа, как он рассказывает: "темнело в глазах, отнимались руки". Потом это все начало стихать и стала пролезать на первый план острая тревога. Через годы острая тревога расплылась, как и полагается в таких случаях. Теперь он весь проникнут этой тревогой, ослабевающей, усиливающейся, — и только с психотропными препаратами чувствует себя более-менее спокойно. Работать не может, так как рабочее напряжение усиливает тревогу, живет в стороне от обычной жизни. Но его мыслительная относительная сохранность сказывается и в том, что он эту тревогу, как он говорит, с 11-ти до 22-х часов, терпел всеми способами и старался как-то из нее выбраться, в том числе, активируя себя. Эти работы Консторума, Окуневой, Барзак, кстати, высоко уважал Снежневский. Он их упоминал и в своих лекциях, беседах. По МКБ-9 это называется: "Малопреродиентная шизофрения с неврозоподобными ипохондрическими проявлениями". А по МКБ-10 можно было бы поставить "Шизотипическое расстройство", сенесто-ипохондрический синдром, синдром зависимости от алкоголя. Это эндогенно-процессуальная соматизированная субдепрессия... В 30-е годы таких больных называли "больные с безбредовой ипохондрической шизофренией". Консторум, Окунева, Барзак подчеркивали, что эти больные не так уж ипохондричны, потому что организм, в самом деле, дienceфально ходит ходуном. В молодости я работал в 12-й психиатрической больнице в санаторном отделении. Наблюдал, как у некоторых из этих больных с пароксизмами так колотилось сердце, как никогда не колотится у соматического больного. Колотилось от шизофренической охваченности дienceфальной области. Кладешь спичечный коробок на грудь больного, и коробок подпрыгивает в воздух. Это совершенно необычные для соматической медицины дienceфальные вегетативные дисфункции, которые, конечно, имеют свои депрессивные корни. У нашего пациента такого нет, он из другой подгруппы. Но это все круг шизофрении, шизотипического расстройства, расстройства, охватывающее, прежде всего, дienceфальную область. Алкоголизм, конечно, есть. Алкоголизм совершенно особенный, шизофренический. Алкоголизм, думаю, и спровоцировал дебют этого шизофренического процесса. Еще до того, как болезненное пьянство спровоцировало этот дебют, еще десять лет назад, больной уже был шизофреническим алкоголиком. Алкоголизм протекал не на здоровой, а на шизофренической почве. Была предрасположенность к ши-

зофрении или шизофрения с детства тела. Это особая, конечно, личность, ни шизоидная, ни психастеническая, а, если так можно сказать, "здоровая шизофреническая" по своему складу. Поэтому и алкоголизм необыкновенный. Алкоголики с таким мягким, скромным алкогольным анамнезом обычно не лечатся от алкоголизма. Я согласен с диагнозом Алексея Викторовича: "Шизотипическое расстройство со сложным субдепрессивным состоянием, осложненное алкоголизмом". Это в широком смысле, пограничные пациенты, это не психотики. Здесь можно говорить об острых неврозоподобных расстройствах, но не о психотических. Лечение. Консторум, Окунева, Барзак в своих работах описывали пароксизмальные случаи, (болезнь идет яркими пароксизмами). Они писали, что психотерапия здесь безрезультатна. Может быть, это и так — в остром состоянии. Но когда острота сошла или случаи, где процесс развивается не ярко пароксизмально, а достаточно вяло, захватывая личность больного, есть настоящие психотерапевтические случаи. Они, конечно, требуют и лекарств. Здесь помогают нейролептики и именно пиперазиновые фенотиазины со смягчающим вегетатику действием. Раньше френолон был, теперь этаперазин неплохо помогает. Этаперазин довольно хорошо смягчает эту шизофреническую вегетативную и аффективную напряженность. Согласен, что у таких больных нередко возникает зависимость к транквилизаторам, но, конечно, не к нейролептикам. Лечить приходится сначала большими, потом малыми дозами, в зависимости от состояния, но лекарства в смягченных случаях больше подлечивают, а настоящее лечение — это психотерапия. Психотерапия заключается здесь, прежде всего, в рациональных беседах. Такие разлаженно-напуганные больные обычно тянутся к врачу за помощью, беспомощны, как дети. Надо разъяснять им, что так бушует вегетатика, что ничего страшного нет, умереть от этого не удастся. Затем нужна активирующая терапия, то, о чем говорил Александр Юрьевич. Эти пациенты, наконец, понимают, что им больше ничего не остается, как притворяться здоровыми, но только не перед врачом, конечно, вытаскивать себя из кровати и, пусть механически, но идти на работу. Между прочим, многие из них живут без группы инвалидности, потому что им удалось держать себя в рабочем состоянии, "дрессировать себя". И в таких натужно-механических движениях со временем начинает теплиться живой интерес к жизни. Нужно побуждать пациента к разумеренной физической работе. И третья, это гипнотические сеансы. Гипнотические сеансы в таких случаях порою действуют симптоматически выразительно. Больные успокаиваются. Есть очень хорошая диссертация Игоря Всеолодовича Салынцева о психотерапии, гипнотерапии таких пациентов. Все эти психотерапевтические моменты и гипноз Салынцев ставит на первое место в лечении таких больных. И, конечно, какие-то приемы, увлечения,

отвлечения следует использовать, чтобы пациенту легче было уходить от его тревоги, входить в жизнь. Но терапия творческим самовыражением здесь обычно несостоятельна, если у больного нет более или менее сложной дефензивности. Здесь остается разъяснение, активирование, гипноз.

Ю. С. Савенко. В отличие от Марка Евгеньевича, психологическое заключение в части квалификации нарушения мышления не вызывает у меня удовлетворения. Дело в том, что упоминания о расплывчатости мышления, разноплановости, соскальзываниях сплошь и рядом оборачиваются расплывчатой квалификацией. Любое экспериментально-психологическое или клиническое заключение не должно удовлетворяться квалификацией, идти сразу на квалификацию без предварительного описания. Как можно в экспериментально психологическом заключении о столь ответственной вещи как расплывчатость мышления, не давать примера? Это основа основ нашего профессионализма — описание и четкое обоснование, и доказательство того, что это можно квалифицировать, так или иначе. Там даже упоминается о специфическом нарушении. Но для нас всех известно, что прошла пора этих упрощений специфических симптомов или чего-либо другого. Марк Евгеньевич пошел по другому пути. Речь идет об общей стилистике того, с чем мы имеем дело. И здесь нужно опять-таки говорить о том, насколько все усложнилось в связи с тем, что и вялотекущее течение, и малопрогредиентность, и диэнцефалез вещи неспецифические. Вялотекущей и малопрогредиентной может быть и эндогенная депрессия. И диэнцефалез здесь всегда есть. А снижение уровня побуждений, мотивационные нарушения? Они есть и при депрессии, и при органике, но стилистика другая, они по-разному снижены. Нельзя ограничиваться тем, чтобы квалифицировать таким образом, необходимы примеры, обоснование таких ответственных вещей.

А. Ю. Магалиф. Все выступавшие поставили диагноз "Шизофрения". Однако по реакции присутствующих врачей, не решившихся поделиться своим мнением, видно, что не все единодушно принимают такой диагноз. Таких больных, действительно, много, но они всегда вызывают диагностические споры. Постоянный вопрос: какой уровень поражения? Органически-невротический или процессуальный? Думаю, что сомнения эти еще очень долго останутся, потому что всегда будет присутствовать субъективная оценка природы отдельных расстройств, их сочетания, причинно-следственных взаимоотношений и, наконец, склонность врача к расширению или сужению диагноза "Шизофрения". Чем мне не нравится МКБ-10, так это тем, что с ее помощью можно, отойдя от клиницизма, всегда поставить некий общий диагноз, например "Соматоформное расстройство". Забегая вперед, я хочу сказать, что тоже склоняюсь к диагнозу "Малопрогредиентная ипохондрическая шизофре-

ния, осложненная алкоголизмом 2-й стадии". Допускается, однако, что может быть и другой диагноз. К сожалению, больной не обследован детально на предмет заинтересованности височной области. Клиническая картина вначале могла квалифицироваться как диэнцефальный синдром или паническая атака. Атипия состояла в недостаточном "наборе" симптомов, характерных для панической атаки: кардиальных расстройств, озноба, диуреза, страха смерти. А вскоре на первый план вышла немотивированная тревога, возникающая приступообразно, почти пароксизмально. В таких случаях можно предполагать патологию височной области и соответственно проводить ЭЭГ — обследование. И все же тревога с витальным оттенком в эпигастрии, да еще в молодом возрасте — всегда плохой признак. Старые психиатры на это обращали внимание и считали, что в таком случае речь идет о шизофрении. Кроме того, вычурный характер головных болей с "распиливанием" головы на две части, "спазмы хрупких" сосудов, щелчки в голове и пр. Весьма интересен рассказ больного об оцепенении. У него было 2 приступа, когда "от головы" его на 15–20 минут "сковало, как будто ржавым железом", и он не мог двигаться. Важно, что это возникало в то время, когда он не принимал лекарств и поэтому не могло быть побочным действием нейролептиков. Скорее всего это были кататонические стигмы. Я не буду повторять того, что сказал Марк Евгеньевич о диэнцефальных расстройствах в дебюте шизофрении. Хочу только еще раз напомнить об одном случае в этой больнице. Мы консультировали вместе с профессором Е. Н. Каменевой молодого человека, который заболел внезапно. У него было много вегетативных расстройств, но особенно сильно колебалось артериальное давление до очень высоких цифр. Елена Николаевна сразу же поставила диагноз шизофрении с неблагоприятным течением. И была тревога. При последующих поступлениях у этого больного АД было всегда 110/70, но стали нарастать процессуальные расстройства, в том числе кататонические. Чем может нам помочь статус больного? Честно говоря, если бы мы не знали анамнеза, не слышали его подробных жалоб, то диагноз не был бы очевиден. Это бывает часто. Когда больной с первых минут обще-

ния демонстрирует растерянность или эмоционально-моторную вычурность, бредовую недоступность, подозрительность и пр., то диагностика упрощается. Наш же больной спокоен, доступен, держится свободно. Выраженных расстройств мышления нет, кое-что появляется лишь при трактовке пословиц. И только в конце беседы, когда он устал, появилась настоящая астения. Он стал вялый, монотонный, гипопимичный, потом совсем увял. Вероятно это и является основой его психического состояния, вне приступов тревоги. Снижение побуждений, астения — это то, что в клинике А. В. Снежневского называют падением энергетического потенциала. Иногда этим термином злоупотребляют, не распознавая депрессию. У нашего больного депрессии сейчас нет. Что можно сказать о его алкоголизме? Алкогольный анамнез собран недостаточно точно. Можно предположить, что у него так называемый вторичный алкоголизм. При вегетативных дисфункциях типа панических атак, при фотографиях злоупотребление алкоголем как транквилизирующим средством нередко. Как и у нашего больного после каждого опьянения наступает резкое ухудшение, влекущее за собой повторное употребление алкоголя. Так часто формируется порочный круг, и возникают уже 2 болезни. Его запой мало чем отличалась от обычных, даже в абстинентном синдроме превалировали сомато-неврологические, а не психические расстройства, что не типично для сочетания алкоголизма с аффективной патологией. А вот появление довольно продолжительной ремиссии похоже на то, что бывает у психически больных: испугался за свое здоровье и бросился пить. В психическом статусе больного не выявляются, и не упоминается в истории болезни алкогольные изменения личности.

Я бы рекомендовал комбинированное лечение. Небольшие дозы мягких нейролептиков (сонапакс, этаперазин, может быть 1–2 мг рисполепта), минимум транквилизаторов, тем более, что у него наметилось привыкание к ним. Учитывая пароксизмальность его приступов, добавить карбамазепин (финлепсин). Кроме фармакотерапии обязательны хорошие физические нагрузки, например бег, плавание, подвижные игры.

Autopersonamnesia. Новый психопатологический феномен? Независимое сравнительное исследование.

Часть 2-я*

В. Г. Остроглазов

Феноменология имеет дело лишь с действительно переживаемым, только с наглядным, но не с какими-либо вещами, которые будут мыслиться как лежащие в основе психического или создаваться теоретически...
у кого нет глаз, чтобы видеть, тот не может заниматься гистологией; кто противится или не способен представить себе и живо созерцать психическое, тот не может постичь феноменологию.

Карл Ясперс

НАБЛЮДЕНИЕ № 2. НЕИЗВЕСТНЫЙ Г.

Госпитализирован в Московскую психиатрическую больницу № 7 (ПБ № 7) 15.07.2004 года как “неизвестный” мужчина лет 35 переводом из Московской клинической больницы № 71 (ГКБ № 71) с диагнозом направления: “ретроградная амнезия”.

1. По объективным данным истории болезни (ПБ № 7)

Из направления на госпитализацию в ПБ № 7: доставлен в приемный покой ГКБ № 71 14.07.04 из отделения милиции, куда обратился сам, сказав, что ничего не помнит о себе. Будто пять дней назад пришел в себя в каком-то парке, бродил по Москве.

По данным выписки из ГКБ № 71, находился там с 14.07.2004 сутки по поводу ретроградной амнезии. Рентгенограмма черепа, грудной клетки, ЭЭГ — без патологии. Эхо-ЭГ — без смещения мозговых структур, умеренное расширение боковых желудочков. При обследовании по органам и системам патологии не выявлено. Осмотры травматологом и нейрохирургом — без патологии.

Заключение невропатолога — ретроградная амнезия.

Переведен в ПБ № 7 с вышеуказанным диагнозом. Из анамнеза. Госпитализирован как неизвестный. Никаких анамнестических сведений о себе не сообщает. Якобы пришел в себя 5 дней назад в каком-то парке Москвы. Обратил внимание, что одежда как будто не его. Следы телесных повреждений отсутствовали. Пять дней бродяжничал по Москве. Пытался что-то вспомнить о себе. Обратился в комнату милиции стан-

ции метро “Киевская”, был доставлен в приемное отделение ГКБ № 71, откуда переведен в ПБ № 7.

Психический статус при поступлении: спокоен, адекватен, по существу отвечает на вопросы. Ничего о себе не помнит. Предполагает, что у него высшее образование, что он — не житель Москвы, по этому поводу у него “какие-то ассоциации с морем”.

В соматическом и неврологическом статусе — без патологии.

Диагноз при поступлении: амнестический синдром неясного генеза.

Психическое состояние в первые 9 дней: при поступлении правильно называет текущую дату. Внешне спокоен. Визуального контакта не избегает. На вопросы отвечает в плане заданного. Сообщает, что не может ничего о себе вспомнить. Хорошо ориентируется в настоящей политической ситуации в стране. Просит помощи. В последующие дни спокоен, адекватен. Не высказывает беспокойства о своей дальнейшей судьбе. Не тяготится пребыванием в стационаре. Настроение ровное. Продуктивная психопатологическая симптоматика не выявляется. Порой раздражается при уточняющих вопросах. Крайне формален. Не исключена лживость и установочное поведение. Психопатизирован. Эмоционально холоден. На 9-е сутки астенизирован, сонлив. Попрежнему жалуется, что ничего не помнит о себе. Эмоционально однообразен.

Терапию (аминазином 150 мг в/м и галоперидолом 30 мг в/м в сутки) переносит удовлетворительно.

Клинический диагноз: амнестический синдром неясного генеза.

10-е сутки. Сообщил, что вспомнил, как находился перед стационарированием в компании какой-то женщины. Алкоголизировались. Когда пришел в себя, то обнаружил пропажу денег, документов, сотового телефона, и не мог вспомнить, кто он? В последующие

* Часть 1-я опубликована в НПЖ, 2004, 4.

дни большую часть времени занимается физическими упражнениями. Настроение несколько снижено. Одиночек. Адекватен. Мышление последовательное.

15-е сутки. Сообщает, что вспомнил себя: назвал свое имя, отчество, фамилию, год рождения, адрес, номер телефона бывшей жены; потерял много денег. Рассказал следующее.

Анамнез жизни: Уроженец приморского края. Младший из двух детей. Окончил истфак Дальневосточного университета. Во время обучения служил в Советской армии в пехоте. Демобилизован в срок. Занимался спортом, кикбоксингом, легкой атлетикой. Короткое время работал историком. Женился в 21 год. Для материального обеспечения семьи работал пожарником 5 лет. Затем — в охранных структурах, имел лицензию на огнестрельное оружие. Последние 6 лет работал телохранителем в частной фирме по трудовой книжке. Последние 2 года потерял работу после убийства шефа и нигде не работал. Отдыхал, “купался в море”. Объясняет, что “за последние годы очень устал, конфликтовал на работе”. Называет погибшего шефа “энергетическим вампиrom”. А теперь “решил пожить для себя”. 2 года назад развелся с женой. Имел материальные сбережения, на которые жил. Продал квартиру. Решил переехать жить в Германию, не изучив прав и перспектив при устройстве заграницей. Называет себя авантюристом. Еще во Владивостоке он решил потерять документы в Германии и обмануть власти, назвавшись беженцем из Чечни. Считал, что сможет без проблем устроиться на работу в Германии, что его опыт будет нужен. В Москве находился проездом. Все деньги носил при себе наличными. Познакомился с женщиной. Вместе проводили вечер. Алкоголизировалась, дальнейшие события амнезировал.

Анамнестические данные, полученные автором от бывшей жены по телефону:

Обращение психиатра по поводу находящегося в Московской психиатрической больнице бывшего мужа восприняла равнодушно, заявив, что давно разведена с ним, и у нее теперь другая семья. Затем согласилась помочь и сообщила следующее, отвечая на поставленные вопросы.

Сама она — врач-терапевт, в настоящее время работает врачом-лаборантом.

Познакомилась с ним и вышла замуж, когда ему было 22 года. Прожила с ним 16 лет. Имеет от него дочь Аню 15-лет.

О его семье. Мать — учительница, теперь — на пенсии. С виду нормальная, но имеет некоторые психические отклонения или странности. Угрюмая, скорее замкнутая, всегда была активная общественница. Не понимала чувств людей. Готовила плохо, безвкусно, но при этом всегда стремилась накормить гостей до отвала, не считаясь с их попытками избежать передания. Отец окончил технический ВУЗ и Высшую партийную школу. Работал парторгом на крупных

предприятиях, зам. директора НИИ по АХЧ. В настоящее время на пенсии. Болен раком желудка.

С 15-летней дочерью “большие проблемы”: резко изменилась по характеру с 13 лет, стала еще более замкнутая, ленивая, не хочет учиться, не помогает матери по дому. Нервная, раздражительная, скорее всего в результате тяжелой скандальной семейной жизни с ее бывшим мужем в последние три года перед разводом. Имеет подруг. Но ее внутренний мир недоступен и непонятен матери. Старший брат 45-ти лет отличается буйным характером. Постоянно у него были скандалы, конфликты. Из ВУЗа его выгоняли. Выгнали из квартиры. Потихоньку спивается. У психиатров не лечился.

Племянник по линии отца — сын старшего брата — 19-ти лет также отличается агрессивностью, драчливостью.

Внучатая племянница по линии отца окончила школу, но нигде не работает, не учится, пьет и наркоманит. Насколько известно, к психиатрам не обращалась.

Наш пациент, по сравнению со своим братом, гораздо спокойнее. Но с детства отличался неровным, противоречивым характером. Был способен на не-предсказуемые, безрассудные поступки. Например, в возрасте 6-ти лет, подстрекаемый детьми, бросил с моста в реку только что купленную ему весьма дорогую игрушечную автомашину. И далее в течение всей совместной жизни, если его довести до определенного состояния, мог совершать безрассудные поступки, не оглядываясь на самые серьезные их последствия. Уже смолоду был подвержен страсти к азартным играм. Играли в карты на деньги или просто так. Проигрывая, огорчался почти до слез. Депрессии если и были, то только связанные с крупным проигрышем. Порой и с бессонницей. Не отличался трудолюбием или усердием в учебе. Окончил истфак Дальневосточного Университета. Отслужил 2 года в Советской армии командиром БМП. Демобилизовался сержантом.

Выделялся контактностью, исключительной находчивостью, предприимчивостью, склонностью получать удовольствие от жизни. Он старался поменьше работать и получше отдыхать. Он хотел иметь и завел много женщин. Но в принципе как человек он отличался хорошей организацией, предприимчивостью и в погоне за тем, чтобы заработать деньги, он находил просто немыслимые варианты, которые давали хороший результат и приносили ему большие деньги. И это его сильно воодушевляло. Оттого чувствовала себя с ним как за каменной стеной, поэтому и вышла за него замуж.

Нигде на работе подолгу не удерживался, конфликтовал с начальством. Вместе с тем, благодаря своей предприимчивости, авантюрности легко находил выход из казалось бы безвыходных положений.

Резко изменился лет 5 назад, когда устроился работать телохранителем весьма богатого бизнесмена и стал ему близким человеком. Участвуя в его роскош-

ной, азартной жизни с ресторанами, женщинами, казино, как бы заразился всем этим. У него появилась еще большая страсть к деньгам и легкой жизни. Стал играть и проигрывать в казино. Первые два года это было еще терпимо для семьи, обещал оставить игру. Однако, продолжал играть. Он верил в себя очень сильно, в свое везение, считал, что у него “легкая рука”, что он обязательно добьется крупного выигрыша. Надо только просчитать систему, и он добьется крупного состояния. В последние два года семейной жизни это принесло катастрофический оборот. Выносил из дома все деньги, ценности. Проиграл квартиру родителей, и они были вынуждены переехать жить в деревню. Любил иметь много женщин. Непрестанные скандалы закончились разводом.

На здоровье жаловался редко. Лет с 25 периодически жаловался на головные боли. Но чаще жаловался на колющие боли в сердце. Дающая сведения объясняла эти боли межреберной невралгией либо остеохондрозом позвоночника.

К психиатру не обращался. Он по роду своей работы телохранителем с ношением огнестрельного оружия регулярно проходил медкомиссию, в том числе и психиатра, и никогда не имел никаких проблем с этим.

Приехать за ним из Владивостока никто не сможет, так как его родители престарелые и больные.

28 – 33-и сутки. В общении формален. Отвечает однозначно. Гипомимичен. Эмоционально беден. Продуктивной симптоматики не выявляется.

Пребыванием в ПБ не тяготится. Круг общения избирателен. Изредка играет в шахматы. Занимается физзарядкой.

40-сутки. Выписан самостоятельно. Отправлен на поезд домой во Владивосток.

Заключительный клинический диагноз: шизофрения вялотекущая, психопатоподобная с выраженным дефектом.

Независимое исследование, выполненное автором.

- 2.1. Субъективный анамнез, собранный автором
- 2.2. Самоописание пациента.
- 2.3. Клинико-психопатологический анализ и обсуждение.

2.1. Субъективный анамнез, собранный автором

С детства в поведении весьма общительный, коммуникабельный, но закрытый в отношении собственного внутреннего мира. Его внутренний мир был сдержанным, богатым и недоступным для окружающих. Всегда был способен на авантюрные и самые неожиданные поступки: “могу все бросить, все поменять, как бы начать новую жизнь”. Много лет с подросткового возраста, и особенно часто до 18 лет, почти каждую неделю думал: “Ну, все! Начну новую жизнь. Займусь спортом. Буду больше читать. Получать зна-

ния”. Всегда стремился к идеалу и не мог его достичь. Этот идеал определял для себя как внутреннюю гармонию, как согласие с собой.

С юности был одержим метафизическими вопросами о Вселенной, о человеке, о смысле человеческой жизни. Перечитал массу философской литературы на эту тему и пришел к заключению, что жизнь человеческая вообще и его собственная, в частности, не имеют смысла. Но коли родился, то придется жить. В Бога никогда не верил. Окончил 10 классов и поступил на истфак Дальневосточного государственного университета. После первого курса был призван на службу в Советскую армию. Успешно отслужил 2 года сержантом, командиром боевой машины пехоты. Затем вернулся к учебе и успешно завершил Университет.

В 21 год женился. Скоро родилась дочь. Учебу совмещал с работой в 2 – 3 местах, чтобы обеспечить семью.

Характеризует себя как совершенно нормального среднего человека: “отношу себя к одиночкам, к которым не следует лезть с ненужной дружбой и предложениями”.

Всегда занимался спортом, физическими упражнениями. Ему нравилось быть атлетически развитым, иметь красивую фигуру. Кроме этого, он ощущал физическую мышечную тягу, как бы мышечный голод к упражнениям. И каждые 2 – 3 дня, если не занимался гимнастикой, чувствовал какие-то неприятные тянувшие ощущения в мышцах всего тела и особенно в передних поверхностях голеней. При занятиях чувствовал приятные ощущения в мышцах. С удовольствием занимался штангой, бегом, гимнастикой с отжиманием от пола, подтягиванием на турнике, самбо, боксом и другими единоборствами. Физически был подготовлен настолько, что проявлял редкую выносливость при беге в противогазе, когда работал пожарником. Не ощущал никакой одышки, лишь слегка ускорялся пульс.

На вопрос о физическом здоровье отвечает вначале категорически: “физических отклонений никаких”, ссылаясь при этом на приведенные факты повышенной выносливости. Отрицает опыт головной боли: “до лечения здесь голова никогда не болела”. И только здесь “на таблетках голова иногда побаливала, особенно в лобной части как бы давило, тянуло”. (По данным истории болезни, в первые два дня жаловался на головные боли). Затем уточняет, что лет с 25 иногда испытывал неприятные ощущения в груди — иногда кололо сердце, по несколько раз в год. Говорил об этом жене. И по ее инициативе обследовался у кардиолога, делал ЭКГ. Но никаких отклонений, кроме редкого пульса, не было. Врачи говорили, что сердце здорово, а эти боли относили за счет межреберной невралгии.

Неприятные мышечные ощущения, которые ему были давно знакомы как “мышечный голод”, испытал здесь на терапии в более резкой форме: в голенях неприятно тянуло, вынужден был вставать, ходить или по-

многу приседать поочередно на одной ноге (с легкостью проделывает это весьма трудное упражнение).

Несколько раз в жизни испытывал приступы болей в спине. Однажды, когда работал на собственной автозаправочной станции, на несколько секунд будто заклинило в спине, так что не мог разогнуться и даже пошевелиться от сильной боли. Затем эта боль его отпустила, но еще несколько дней чувствовал ее в более слабом виде.

Дежавю, или что-то подобное, испытывал неоднократно, начиная с девятилетнего возраста, а последний раз — около года назад. Описывает его следующим образом. Года два назад ему приснился сон, который он будто бы запомнил. В этом сне он видел помятую согнутую пластиковую карту — билет в метро. Чтобы расправить, он разглаживает ее теплым утюгом. И видит при этом, как под утюгом проявляется черная буква “М”, означающая метро. И год спустя, как раз это было год назад, при приезде в Москву это в точности повторилось в действительности. Он обнаружил у себя пластиковую согнутую карточку, разгладил теплым утюгом и увидел, как проступила черная буква “М”, с четким чувством, что это уже было. Вспомнил тот давний сон, удивился. Подумал, что, может быть, есть в мире предвосхищение, и возможно предугадать будущее “как это и случилось с моим вещим сном”. Но дальше об этом не задумывался и мысль эту не развивал.

После окончания истфака работал не по специальности, а на разных других работах (пожарником, мелким бизнесменом, охранником), чтобы материально обеспечивать семью. С 1997 года 6 лет служил телохранителем у довольно крупного “крутого” бизнесмена до его убийства в 2002 году. Это был тяжелый по характеру человек, с патологической страстью к деньгам, к власти, шизоидный порой до нелепости. После общения с ним, чувствовал себя уставшим, “опустошенным” настолько, что подумывал о нем как об “энергетическом вампире, обладающем какой-то негативной аурой, ведь все его ненавидели”. Хотя в экстрасенсов, гипнотизеров, сглаз и тому подобное никогда не верил и “считал это чушью”.

Уже давно, и особенно часто в последние три года планировал уехать на новое место жительства, “где тебя никто не знает”, и начать новую жизнь. Оставаясь при этом самим собой, прилагал усилия к совершенствованию.

После гибели своего шефа не мог устроиться на работу, так как телохранитель, не уберегший своего шефа, считался ненадежным. Поэтому, располагая некоторым капиталом, решил отдохнуть, наконец, поскольку после окончания института, работая сразу на 3-х работах, ни разу не был в отпуске. Отдыхая, занимался собой, женщинами, загорал, купался в море целый год. Со следующего года стал думать поехать куда-нибудь и “начать новую жизнь, например, во

Франции или Англии, так как был воспитан на классической западноевропейской литературе”.

В 2002 году развелся по инициативе жены, “которая из ревности оформила развод”. Она потеряла терпение из-за того, что он неделями не бывал дома, работая телохранителем. После развода оставил квартиру жене и дочери. “Жил в свое удовольствие и готовился к новой жизни за границей”.

Мировоззрение его не менялось. Никогда не верил в Бога. Но не имел и какой-либо иной твердой веры в реальность. В отношении своего собственного, и вообще человеческого, сознания допускал, что это может быть реальность, а, может быть, и иллюзия. “И я — может быть, вовсе не я, а какой-то муравей, или опытный образец, находящийся во власти иного мира или Разума иной, внеземной цивилизации. В своей жизни больше верил в себя, в свой разум, свою “незаурядную волю и собственные резервные возможности”.

Со второго года “отдыха” определенно решил поехать в Германию, чтобы устроиться жить там. Строил планы по приезде туда обратиться в миграционную службу и, сказав, что потерял документы, представиться беженцем из какой-либо горячей точки России, например, из Чечни, чтобы это нельзя было проверить. Таким образом, получить вид на жительство, а затем на свой капитал организовать небольшой бизнес и полностью легализоваться в этой стране.

2.2. Самоописание пациента

“Я, Г. прибыл в Москву из Владивостока около трех недель назад. Собирался по турпутевке выехать в Германию с целью остаться там жить, может быть, навсегда. Легализоваться и получить постоянное место жительства. Полагал, что найду там своих знакомых и с помощью имеющегося небольшого капитала смогу организовать какой-то свой бизнес. Например, приму участие в продаже подержанных иномарок в другие страны. Предполагал, что со своей предприимчивостью и волей всего добьюсь. В крайнем случае, ну, прогуляю 8–10 тысяч долларов, т.е. половину капитала, и вернусь домой во Владивосток.

Прибыв в Москву, позвонил домой бывшей жене А. и узнал о тяжелом заболевании своего отца — прогрессирующем раке желудка. Родители просили меня срочно вернуться, чтобы застать отца в живых, и я решил отложить свое предприятие. Но еще не решил, чем лучше вернуться домой — самолетом или поездом. А пока подумал, что отдохну еще денек в Москве. И на площади у Ярославского вокзала познакомился с привлекательной женщиной, одной из тех, что с табличками на груди предлагали гостиничные услуги — ночевку за деньги.

Взяв с ней такси, поехали в пригород, в район Алтуфьева ... Потом будто провал в памяти... очнулся в каком-то сквере. Обнаружил себя разутым, раздетым, штиблеты пропали, рядом стояли оставленные кем-то старые кроссовки, которые оказались мне малы и си-

льно жали. Исчезли все деньги и все личные документы, в том числе, и 2 паспорта, обычный и заграничный, а также золотая цепочка. Голова была тяжелой. В ней оставались смутные воспоминания, как накануне сидел с этой женщиной в кабаке и пил вино. Было ощущение, что потерял все, все деньги, которые должны были быть у меня, документы. Было шоковое состояние потрясения и будто оглушение от отравления в голове. Но самое главное заключалось в том, что я не мог вспомнить, кто я такой? Что делать дальше? Постоянно спрашивал себя об этом. Спросил прохожих, где я? Они ответили, что в Москве и посмотрели как на идиота. Пять дней бродил по Москве, жил на вокзалах. Эти пять суток ночевал, где придется. Одну ночь — на Курском вокзале, еще 2 ночи — на стройках жилых домов, следующие ночи не мог найти, где переночевать, и бродил по Москве. Находился как в шоке и страшном раздражении. Главной идеей было — вспомнить, кто я? И самому найти этих преступников и наказать их. И если бы мне было где ночевать, я бы так и сделал. Но ночевать было негде, и питался только хлебом, который купил на оставшиеся у меня в кармане 20 рублей.

После этих мытарств решил обратиться в милицию за помощью ишел в первое попавшееся отделение милиции в метро на Киевском вокзале. Когда объяснил, что не помню себя, и попросил установить мою личность, то мне ответили матом: сейчас дубиной огнем тебя по башке — сразу все вспомнишь. И послали куда подальше. Буквально через сто метров обратился в другой милицейский пункт, и там приняли доброжелательно, даже предложили закурить, хотя я не курю. Поняв мою проблему, с кем-то посоветовались по телефону. Вызвали скорую помощь и с ней отправили меня в травматологическое отделение ближайшей гор. больницы № 71. Из той больницы после сделанных анализов и проведенной ночи был переправлен в эту психиатрическую больницу № 7. С этого времени все помню четко, последовательно, с той же цепкой памятью, которой я отличался всегда. У меня профессиональная память, так как я долгое время, около 10 лет, работал телохранителем. Например, я с шефом еду, мне он называет 3, 4 или больше телефонных номеров, которые я запоминаю, не записывая, и почти никогда не ошибался.

И вот теперь нахожусь в этой больнице больше 3-х недель, фактически 25 дней. Первые 2–3 дня пребывал здесь в очень большом напряжении, хотя еще не давали никаких лекарств. Моральная тяжесть заключалась еще в том, что постоянно чувствовал, что медсестры, врачи, психологи мне не верят. Мол, ты врешь. Скажи, кто ты такой? Хватит, приурядаться! Давай, вспоминай, да езжай домой! От этого терпение заканчивалось. Порой не мог сдержаться и отвечал врачу, что если Вы будете говорить в таком тоне, то нам нет никакого смысла разговаривать. А у них в ответ на это одна методика: ах, ты еще начал раздражать

ться, возбуждаться, вот тебе серия уколов! И будешь спокоен! Теперь ты наш клиент.

И после 3–4 дней таких уколов становишься как робот. То есть, спиши, встаешь только по естественной нужде. И чувствуешь себя словно никакой. То есть ломают волю. Хотелось вырваться из больницы, и самому начать какие-то поиски этих преступников, которые меня обманули. Но себя, свою фамилию, имя, отчество вспомнить никак не мог. Была сильная раздражительность и беспокойство, неусидчивость и снова раздражение, хотя еще в эти первые три дня никакого лечения не получал.

Ничего о себе лично, ни о моих близких не вспоминалось совершенно, несмотря ни на какие усилия и ухищрения, и приемы, подсказанные психологом. Например, пытался вспомнить какие-то запахи, чтобы таким путем вспомнить и все остальное. Сидя потом на уколах и таблетках, нервная система как бы успокоилась, но появилась апатия и безразличие ко всему.

В плане потери памяти проверял себя и обнаружил, что в действительности сохранил память на очень многое из истории, из литературных произведений, по географии и так далее. По-прежнему хорошо играл в шахматы с соседями по палате, в силу примерно 3-го разряда, как и раньше. Был уверен, что, и не помня, кто я такой, всегда с самого начала был уверен, что я — это я, то есть являюсь самим собой, без всяких отклонений и выдумок о себе.

Очень сильно помогла психолог. Она провела со мной три сеанса, вытягивая из меня якобы несущественные сведения, например, предлагала написать заявление от своего имени как при устройстве на работу. Ночь не спал, усилием воли стремясь вспомнить: кто я такой? По этим крупицам я потихоньку создал своеобразную память о себе. То есть, сначала восстановил в памяти последовательность событий той ночи, когда я был опоен вином с клофелином, или подобным средством. Когда я установил почти всю последовательность этой ночи, то на следующее утро вдруг, словно озарение, меня осенило, и я вдруг вспомнил все о себе, или почти все. Даже от радости сразу сказал это санитару, что сообщу об этом лечащему врачу.

Вместе с тем, это озарение памяти сопровождалось очень неприятным чувством самообвинения, вины, прежде всего, перед моими родителями, которые продали квартиру и отдали мне все как сыну; вины, что не вернулся домой вовремя несмотря на смертельную болезнь отца, потерял большую сумму денег. При этом было чувство мучительности, непереносимости сознания всего этого, и было как бы желание не вспоминать всего этого, отвернуться от него,казалось, что лучше я бы этого и не вспоминал. Некоторое время просто сожалел, что смог восстановить свою память! Вместе с тем, было чувство, что как бы шли два параллельных процесса восстановления памяти: один — естественный, спонтанный, а другой — мое активное участие, работа по воспоминанию о

себе с помощью своей воли и приемов. Благодаря этому я и вспомнил все быстрей. Но я вспомнил бы все равно и без этого усилия, только гораздо позже. Затем, за сутки я пережил, перемолол эту горестную ситуацию. Снова как бы обратился к своим незаурядным способностям, к своей воле, и решил, что выберусь из этого положения, что отчаяваться нет никаких оснований. Построил в уме такие планы: вернуться домой во Владивосток, восстановить личные документы, найти работу подобную прежней. Так как на прежнюю не возьмут”.

Пытаясь вспоминать и передать свое самоощущение в тот период, говорит, что оно было очень непростым. С одной стороны, он не помнил своих личностных данных. Кто он? Откуда? Вместе с тем, он постоянно помнил, что “Я — это я, а не кто-то другой, или неизвестно кто”. Старался вспомнить, кто он, и не мог никак сделать этого, приходя в сильное раздражение. Но при этом чувствовал, что эта память, эта информация где-то близко, и только будто какая-то тонкая перегородка мешает и не дает вспомнить ту информацию. И было еще предчувствие, что за этой перегородкой, за этим покрывалом беспамятства скрывается информация о страшной, горестной жизненной ситуации, в которую он попал, и которую он как бы сам забыл, и которую теперь не может вспомнить. И было страшно вспоминать.

На просьбу психиатра разрешить диктофонную запись и на его шутливое замечание, что он — не сотрудник спецслужб и не инопланетянин, ответил с юмором. Мол, лучше бы, если бы врач был инопланетянином, так как тогда, во-первых, смог бы мгновенно перенести его домой во Владивосток, а во-вторых, и это гораздо важней — открыл бы такие тайны мироздания, откуда Земля, кто такой человек, откуда он взялся, как устроена Вселенная? То есть ответил бы на такие метафизические вопросы, которыми он забывал себе голову с юности, читая подряд все философские книги. Какие еще “Разумы”, кроме Земного, существуют?

На вопрос о цели жизни, отвечает, что живет ради дочери, чтобы поставить ее на ноги. А в философском смысле полагает, что жизнь человека бессмысленна: но раз родился — надо жить. Воспитан на атеизме и считает его наилучшей идеологией и мировоззрением, как бы религией. “Надо верить не в Бога, которого нет, а в себя, в огромные резервные возможности человека, в человеческий разум, точнее в Разум Человечества, которому в потенции доступно все, для которого нет невозможного, в том числе и чудесное — то есть то, что раньше приписывали одному Богу”.

2.3. Клинико-психопатологический анализ и обсуждение

Приведенное наблюдение так же представляет собой типичный случай неизвестных молодых людей, потерявших память о себе, но сохранных во всех иных психических отношениях, и представляющих загадку

для психиатров. Довольно типично самостоятельное обращение в милицию с просьбой установить личность, первое диагностическое предположение о черепно-мозговой травме и “ретроградной амнезии”, а при исключении соматоневрологической патологии — госпитализация в психиатрическую больницу, где формулируются диагнозы: “амнестический синдром неясного генеза” или “установочное поведение” с симуляцией амнезии.

Вследствие совместного обсуждения данного наблюдения в отделении с автором, представившим результаты собственного исследования, вышеуказанные диагнозы были изменены на диагноз шизофрении, вначале бредовой, непрерывной, затем, вялотекущей, психопатоподобной с выраженным дефектом. Но и последний диагноз, по моему мнению, преувеличивает тяжесть имеющейся болезни и недостаточно учитывает вклад и патогенное влияние экзогенных факторов. В нем также не получило отражения главное психопатологическое расстройство — аутоперсонамнезия.

Ответы на эти вопросы содержатся в приведенном ниже психопатологическом разборе.

Психическое состояние при поступлении определялось тотальной деперсонализацией с аутоперсонамнезией. Эта амнезия возникла после экзогенного помрачения сознания, скорее всего, вследствие остального отравления нейротропными препаратами, и представляла собой как бы остаточные явления интоксикационных расстройств сознания. Но ее особенность заключалась в том, что ядро психотравмы, ее центр — ограбление с отравлением — не был затронут покровом амнезии. Вместе с тем, это ядро психотравмы, ее жало словно демаркационной линией было изолировано от чувствительных центров личности ее амнезией — аутоперсонамнезией. Последняя проецировалась лишь ретроградно, окутывая личность и ее историю. Никакой антероградной амнезии или гипомнезии на события после травмы не было. Психогенные реактивные образования переживались как досада, злость, ярость мщения. Структура Я, формальные признаки сознания Я по К. Ясперсу, были сохраны. Но собственную личность, социальные аспекты своей индивидуальности, он вспомнить не мог.

Парадоксальными особенностями этой амнезии было, во-первых, то, что пострадавший постоянно помнил, что забыл себя, во-вторых, неотступный навязчивый характер воспоминания себя, а также амбитентное отношение к воспоминанию. Последнее выражалось предчувствием близкой доступности и, вместе с тем, страшной непереносимости неизвестного, скрытого за покровом амнезии несчастья. Сохранность в памяти самого ядра психотравмы (факта ограбления с отравлением), кататимные реактивные образования и предчувствие какого-то еще более страшного масштаба понесенного горя позволяют предположить роль защитных психодинамических механизмов в преодо-

лении психореактивного стресса. Эту защитную роль, смягчающую удар психогенеза, повидимому выполняла аутоперсонамнезия. Ведь остирем этого психического удара было чувство вины перед престарелыми родителями, перед смертельно больным отцом. А аутоперсонамнезия с забвением собственной личности, своих родителей как раз и была щитом, защищавшим анонимную личность от этого жала психогенеза.

Обратная последовательность восстановления памяти — вначале о событиях психотравмы — и, затем, — о своей личности — подтверждает предположение об участии психодинамических защитных механизмов аутоперсонамнезии. Это предположение подкрепляется также переживанием повторной реакции горя с жalom самообвинения и вины перед родителями: “мучительное, непереносимое сознание содеянного, с желанием вновь забыть его и с сожалением, что смог восстановить свою память”. Понадобились целые сутки для принятия и психологической переработки этой вторичной реакции горя.

Кроме разобранного психопатологического ядра, в психическом статусе имели место первичные процессуальные признаки (сенестопатии, патологические расстройства мышечного чувства, “синдром беспокойных ног”), а также черты весьма мягкого дефекта в виде эмоционально-волевой нивелировки с дискордантностью и остаточными явлениями метафизической интоксикации.

Описанная структура психического статуса уже сама по себе указывает на шизофренический процесс, но с обострением, спровоцированным мощным воздействием комплекса экзогенных факторов. Особую, возможно, ключевую роль играл острый психогенный стресс. Сам пациент в своем самоописании указывает на пережитую шоковую реакцию — “шоковое состояние потрясения и будто оглушения”. Эта психогенная шоковая реакция возможно и включила защитные психодинамические механизмы с эффектами аутоперсонамнезии. Одновременно с психореактивным стрессом имело место воздействие соматогенного (интоксикационного) фактора с глубоким помрачением сознания, включающим тотальную конградную амнезию. Из последней и вытекала локальная амнезия — аутоперсонамнезия как реакция личности, страдающей шизофреническим процессом. На основании этого можно предположить, что экзогенное помрачение сознания с конградной амнезией в данном наблюдении играло патопластическую роль в генезе шизофренической аутоперсонамнезии.

Выраженная шизотимия с раннего детства, рецидивирующие деперсонализационные нарушения с 9-тилетнего возраста (типа дежавю и “сбывающихся вещих снов”), юношеская метафизическая интоксикация, повторяющиеся сенесто-ипохондрические, кардиофобические расстройства и нарушения мышечного чувства, углубление шизоидной структуры с психопатоподобными проявлениями, — все это соот-

ветствует клиническому стереотипу мягкого, так называемого латентного течения шизофрении.

Таким образом, выставленный в клинике диагноз шизофрении не вызывает сомнений в нозологическом смысле. Однако, указанная в нем непрерывная вялотекущая форма этой болезни не подтверждается клиническими фактами. При непрерывном вялом 30-летнем течении процесса (с 9-ти лет) мы имели бы перед собой более грубый дефект, включающий расстройства мышления и редукцию энергетического потенциала, а этого нет. Кроме того, клинический анамнез болезни свидетельствует о ее прерывистом, эпизодическом течении, ограничивающемся непсихотическими проявлениями. Исключение составляет лишь настоящее расстройство, достигшее психотического уровня, длившееся несколько недель. Но оно не является спонтанным проявлением эндогенного процесса, а лишь его экзогенно спровоцированным обострением, которое само по себе довольно скоро затухает.

Вместе с тем, обострившиеся в последние годы болезненные расстройства привели к семейной и социально-трудовой дезадаптации. А экстравагантные авантюрные попытки ее преодоления лишь способствовали усугублению социального краха.

Следует также указать наличие соответствующей психопатологической отягощенности расстройствами шизофренического спектра по обеим линиям.

Клинический диагноз: Латентная шизофрения. Приступ тотальной деперсонализации с аутоперсонамнезией, спровоцированный острым сочетанным (психореактивным и интоксикационным) стрессом. Критический выход из психоза.

Эта тотальная деперсонализация, повидимому, имела бредовую природу, аналогичную, например, известным в судебно-психиатрической практике защитным бредовым состояниям типа бреда помилования.

19.03.2005 г. Катамнез от бывшей жены, полученный по телефону из Владивостока.

После выписки полгода назад из психиатрической больницы вернулся домой во Владивосток спустя неделю после похорон отца, который умер от рака желудка. Был подавлен, винил себя, что не успел застать отца в живых и даже опоздал на похороны. Однако, это не помешало ему занять большую сумму денег, чтобы вновь окунуться в свою игроманию.

Социально не адаптировался. Живет с матерью в селе Приморского Края. Не может устроиться на работу, перебивается случайными заработками. Не платит алименты дочери. В очередной раз проиграл большую сумму денег. Против него возбуждено уголовное дело, так как кредиторы подали на него в суд.

Дающая сведения как врач считает его психически больным, страдающим игроманией. Просит о совете и помощи, как сделать так, чтобы он стал таким, каким был прежде, и вылечить его от игромании, которая вконец погубит его.

(Окончание следует)

Проблемы латентности изнасилований

Ю. Н. Аргунова

С 1998 г. на фоне ежегодного роста удельного веса изнасилований в структуре половых преступлений (в 2003 г. он достиг наивысшего показателя — 56,5 %), наблюдается выраженная тенденция к сокращению их числа в абсолютном выражении (в 2003 г. зарегистрировано самое низкое за период с 1997 г. количество преступлений — 8085). Сокращение числа зарегистрированных изнасилований за этот период составило 13 %.

Сопоставительный анализ статистических данных и других материалов свидетельствует, однако, о несоответствии данных уголовной статистики реальному количеству совершаемых в России изнасилований. Одна часть из них остается неизвестной правоохранительным органам, другая — в силу как объективных, так и субъективных причин — не получает должной фиксации и отражения в статистике.

На увеличение латентности случаев покушения на изнасилование может указывать *изменение соотношения числа оконченных изнасилований и числа покушений на них*. В то время как число оконченных преступлений с 1997 по 2003 год снизилось на 10,1 %, число покушений за этот же период сократилось на 31,5 %. Соответственно снижается и удельный вес покушений в общем числе регистрируемых изнасилований. Если в относительно благополучные в криминологическом отношении годы (например, в середине

80-х годов минувшего века) этот показатель составлял 26,6 %, то к 2003 году он упал до 11,1 %.

Другим статистическим показателем латентности изнасилований в известной мере может служить *соотношение изнасилований и убийств*. Если в середине 80-х годов на 1 зарегистрированное изнасилование приходилось примерно 1 зарегистрированное убийство, а в середине 90-х годов — уже 2,5 убийства, то в 2000 – 2003 г. это соотношение достигло уровня 1:4.

О росте латентности изнасилований свидетельствует анализ *сведений о рассмотрении органами прокуратуры заявлений и сообщений об изнасилованиях*.

Количество поданных заявлений и принятых решений о возбуждении уголовного дела может в определенной мере свидетельствовать о реальной динамике изнасилований, число же решений об отказе в возбуждении уголовного дела — о качестве рассмотрения заявлений, проведенных проверок по заявлениям об изнасилованиях и об уровне “искусственной” латентности этих преступлений.

За период с 1997 по 2003 год соотношение между числом возбужденных органами прокуратуры уголовных дел об изнасилованиях и количеством материалов об отказе в их возбуждении увеличилось почти вдвое: если в 1997 году на одно возбужденное уголовное дело об изнасиловании приходилось около 1,5 так называемых отказных материалов, то в 2003 году их стало уже 2,8 (см. таблицу).

Динамика рассмотрения заявлений и сообщений об изнасилованиях органами прокуратуры

	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Общее число заявлений и сообщений об изнасилованиях	18690	20297	20433	18914	18650	21157	24149
Прирост к предыдущему году		+8,5	+0,7	-7,4	-1,3	+13,4	+14,1
Число принятых решений по заявлениям и сообщениям об изнасилованиях, в т.ч.:	18379	19928	20081	18588	18344	20539	23823
– о возбуждении уголовного дела	7230	7281	6917	6316	5948	5880	5894
Прирост к предыдущему году		+0,7	-5,0	-8,7	-5,8	-1,1	+0,2
– об отказе в возбуждении уголовного дела	10536	12032	12626	11765	11911	14218	16646
Прирост к предыдущему году		+14,2	+4,9	-6,8	+1,2	+19,4	+17,1
– о передаче по подследственности	613	615	538	507	485	441	483
Число решений об отмене постановления об отказе в возбуждении уголовного дела об изнасиловании с его одновременным возбуждением	83	114	103	119	139	163	181
Прирост к предыдущему году		+37,3	-9,6	+15,5	+16,8	+17,3	+11,0

За этот период при снижении количества решений о возбуждении уголовного дела на 18,5 %, число отказов в возбуждении уголовного дела наоборот выросло на 58 %. Только за один 2003 год было отказано в возбуждении уголовного дела по 16,6 тыс. заявлений об изнасиловании. Это самый высокий показатель с 1997 года при фактически самом низком за этот период количестве принятых решений о возбуждении уголовного дела.

При этом отмечается ежегодное увеличение числа отмененных прокурором постановлений об отказе в возбуждении уголовного дела об изнасиловании с его одновременным возбуждением. С 1997 по 2003 г. их прирост составил 118 %.

Вместе с тем доля отмененных постановлений об отказе в возбуждении уголовного дела об изнасиловании с его одновременным возбуждением составляет ежегодно лишь 1 % от общего числа постановлений об отказе в возбуждении уголовного дела об изнасиловании. Эти показатели не свидетельствуют, к сожалению, об усилении контроля прокуроров за обоснованностью отказа в возбуждении уголовного дела. Практика укрытия преступлений от учета и регистрации путем незаконного отказа в возбуждении уголовного дела по-прежнему имеет широкое распространение.

Это подтверждается результатами проведенного нами анкетного опроса и интервьюирования экспертов из числа прокурорских работников межрайонных прокуратур со стажем работы от 3-х лет. Опрошенные признали факт высокой латентности этих преступлений. По их мнению, жертвы заявляют в правоохранительные органы лишь в 10 – 50 % случаев изнасилования.

Значимость тех или иных факторов, определяющих высокий уровень латентности изнасилований, оценивается прокурорами неодинаково. Однако большинство из них признали лидирующими факторами нежелание пострадавшей предавать огласке произшедшее, боязнь порицания со стороны родственников, друзей и знакомых. Далее опрошенные выделили такие факторы как боязнь некорректного поведения работников правоохранительных органов, а также неверие в их возможности наказать преступника.

Нередко уже зарегистрированные преступления об изнасиловании остаются без должного реагирования со стороны правоохранительных органов. Главной причиной этого прокуроры назвали общее обострение криминальной ситуации в стране. В качестве второй по значимости причины они выделили недостаточность профессиональной подготовки сотрудников органов внутренних дел. Третья причина заключается в перегруженности работников правоохранительных органов. Несовершенство уголовного и уголовно-процессуального законодательства отмечено в качестве четвертой причины. Пятой по значимости причиной выступает слабая исполнительская

дисциплина сотрудников органов внутренних дел. Последние места в качестве причин занимают недостаточность профессиональной подготовки работников органов прокуратуры и их слабая исполнительская дисциплина. Не случайно по 12 % ежегодно совершаемых изнасилований следствие приостанавливается за нерозыском или неустановлением виновных лиц.

Более смелые суждения прокуроры и следователи прокуратур высказали в ходе неформализованного интервьюирования. По мнению многих, 90 % отказанных дел по ст. 131 УК РФ — это недоказанные изнасилования. Следователи стараются склонить жертву к отказу от своего заявления, когда предвидят недоказуемость, с их точки зрения, эпизодов преступления. То же происходит, если жертва путается, сомневается, не помнит деталей случившегося, не может сообщить четкие приметы нападавшего, занимает неустойчивую позицию, колеблется в отношении своего желания привлечь насильника к уголовной ответственности. Только в случае, если следователь видит, что жертва пойдет до конца в своем намерении наказать преступника, “ее злость и обида быстро не улетучатся”, он примет решение о возбуждении уголовного дела. Следователи прокуратур оценивают положение с возбуждением уголовных дел об изнасиловании как катастрофическое. Некоторые из них признались, что имеется “установка сверху” не возбуждать такие дела (т.к. жертва в любой момент может отказаться от своего первоначального заявления, возникнут проблемы по поводу содержания под стражей подозреваемого), “поднять заявление под отказ в возбуждении уголовного дела”, если жертва изнасилования из асоциальной компании. Следователю будет обеспечено порицание от руководства, если он, все же возбудив уголовное дело, не сможет доказать событие преступления или причастность к нему подозреваемого. Причем порицание ему вынесут не за то, что он не смог доказать, а за то, что возбудил уголовное дело. По выражению следователей, они “боятся этих преступлений, как огня”. По их свидетельству, сложилась определенная преемственность в практике “уговоров” жертвы: 1 стадия осуществляется органами внутренних дел (отделениями милиции) без приема заявления; ко 2 стадии подключаются органы прокуратуры, убеждающие жертву с учетом ее особенностей отказаться от уже поданного заявления, помня о том, что лучше отказать в возбуждении уголовного дела, чем затем прекратить его.

Один из следователей прокуратуры, которому по плану работы предстояло провести проверку законности принимаемых решений об отказе в возбуждении уголовных дел по заявлениям об изнасиловании, поступившим в 2004 г., заявил: “Зачем проверять их законность? И так ясно, что они незаконны”.

Многочисленные случаи оказания давления на заявителей с целью понуждения их к отказу от проверки

сообщенных в милицию сведений выявляются по итогам прокурорских проверок. На это указывает руководство управления по надзору за процессуальной деятельностью органов внутренних дел и юстиции Генеральной прокуратуры РФ¹. Принятие незаконных и необоснованных решений об отказе в возбуждении уголовных дел является, как и прежде, основным способом скрытия преступлений².

Аналогичные, а также другие криминологически значимые данные были получены нами в ходе выборочного изучения 50 материалов об отказе в возбуждении уголовного дела об изнасиловании в межрайонных прокуратурах за период с 2000 по 2004 год. Основными из них являются следующие.

1. Фабула события в постановлении об отказе в возбуждении уголовного дела описывается, зачастую, тенденциозно с акцентом на легкомысленное поведение жертвы, ее согласие на совместное времяпрепровождение с подозреваемым, включая распитие спиртных напитков, неоказание сопротивления в момент нападения и полового сношения, обращение в правоохранительные органы не сразу, а лишь через сутки и более после совершения преступления, обращение к врачу после принятия мер личной гигиены, несообщение о случившемся родным и др.

Эти обстоятельства все вместе и каждый в отдельности не могут однозначно опровергнуть факт насильственного характера полового сношения. Указанное же поведение жертвы после совершения изнасилования психологически вполне объяснимо.

Так, в одном из материалов формулировка отказа была следующей: “Учитывая, что П., явившись добровольно в квартиру к Ч., распив совместно с ним спиртные напитки, несмотря на возможность свободно покинуть квартиру, добровольно осталась в квартире наедине с Ч., а также то, что П. ранее добровольно вступала в половые контакты с Ч., следствие приходит к выводу, что в действиях Ч. по отношению к П. отсутствуют признаки составов преступлений, предусмотренных ст. 131, 132 УК”.

Все описанное следователем не исключало изнасилования. В его постановлении были проигнорированы медицинские документы, имеющиеся в отказном материале из 17 ГКБ, поликлиники № 4, в которых диагностированы состояние после насильственного полового акта, множественные ушибы рук и бедер жертвы. Следователь не захотел принять во

внимание и тот факт, что П. распивала спиртное с Ч., находясь в компании с другими лицами, а осталась в его квартире, в связи с тем, что Ч. стало плохо и остальные члены компании, зная о прежней дружбе П. и Ч., сказали, что Ч. в таком состоянии оставлять одного нельзя. И, наконец, в день вынесения постановления об отказе в возбуждении уголовного дела следователь направляет в адрес своего межрайонного прокурора рапорт, в котором докладывает, что со слов судебно-медицинского эксперта у П. обнаружены, в частности, телесные повреждения в виде кровоподтеков в области бедер и в области грудной клетки. Заключение СМЭ, как пишет в рапорте следователь, еще не готово. Указанное заключение к отказному материалу впоследствии так и не было приобщено и тем более не было проанализировано так, как того требует закон. В этом конкретном случае заключение СМЭ имело решающее значение. В конце материалов имеется копия письма следователя в адрес потерпевшей более позднего срока, в котором он вновь сообщает ей об отказе в возбуждении уголовного дела. Вероятно, жертва повторно обращалась к следователю, но сведений об этом в материалах нет.

Безоговорочно отказывается в возбуждении уголовного дела об изнасиловании, если заявительницей является проститутка. Такое преступление, нарушающее интимную жизнь личности, не попадает, тем не менее, в статистику, нарушаются принцип равенства у граждан перед законом.

Так, из материалов одного отказного дела следует, что двое парней “сняли” на улице в качестве проститутки гр. Д., заплатив ей “за двоих”, привезли в квартиру. Она оказала им оговоренные услуги, однако в квартире оказались еще двое мужчин, которые принудили ее к совершению половых актов, удерживая в квартире всю ночь. Утром в эту же квартиру пришли еще двое парней, которые вопреки воле Д. стали совершать с ней половые акты и иные насилиственные действия сексуального характера, избивая ее деревянным подлокотником от кресла, вставляли бутылку из под пива в задний проход.

В рапорте из 67 ГКБ, куда по скорой помощи была доставлена Д., были описаны все телесные повреждения, включая заднюю анальную трещину. Речь шла о возбуждении уголовного дела по п. “в” ч. 2 ст. 131 и п. “в” ч. 2 ст. 132 УК РФ. Однако, вынося затем постановление о назначении СМЭ, следователь, видимо, не собирался учитывать ее результаты. 10 марта 2003 г. эксперт провел СМЭ, выявил обширные кровоподтеки и другие повреждения и указал, что для ответов на другие вопросы ожидает медицинские документы из 67 ГКБ. Не дождавшись указанных документов, эксперт направляет свое заключение следователю, датируя его 11 апреля. Однако следователь, как оказалось, 21 марта уже вынес постановление об отказе в возбуждении уголовного дела.

¹ Кизлык А. П. Деятельность органов прокуратуры по обеспечению прав и законных интересов жертв преступлений в досудебной стадии уголовного судопроизводства // Роль прокуратуры в обеспечении прав и законных интересов жертв преступлений. М., 2004. С. 88.

² Мельников А. В. Некоторые проблемы защиты прав жертв преступлений в стадиях возбуждения уголовного дела и предварительного расследования // Роль прокуратуры в обеспечении прав и законных интересов жертв преступлений. М., 2004. С. 27.

2. В материалах проверки нередко отсутствуют объяснения подозреваемого³ или имеется объяснение лишь одного из участников группового изнасилования, хотя личность остальных установлена или может быть без труда установлена (проживали вместе в одном общежитии, работали в соседних палатах на рынке и т.д.). Несмотря на это, следователь считает возможным отказать в возбуждении уголовного дела с формулировкой: “данные, изложенные в заявлении, не подтвердились” или “данных, свидетельствующих об изнасиловании, получено не было” или “в материалах проверки признаков какого-либо преступления не содержится”. При этом в качестве основания отказа в постановлении следователя прокуратуры указывается не только п. 1, но и п. 2 ч. 1 ст. 24 УПК РФ, что нарушает требования ч. 1 ст. 148 УПК РФ, согласно которым отказ в возбуждении уголовного дела по основанию, предусмотренному п. 2 ч. 1 ст. 24 УПК РФ (отсутствие в деянии состава преступления), допускается лишь в отношении конкретного лица⁴.

Вряд ли можно признать правомерной и формулировку об “отсутствии признаков какого-либо преступления”, когда в заявлении говорится о совершении изнасилования. Кроме того, согласно приложению 21 к ст. 476 УПК РФ в постановлении об отказе в возбуждении уголовного дела должна быть проставлена конкретная статья УК РФ.

В отдельных постановлениях обнаруживается несоответствие между формулировкой отказа и указанием нормы УПК РФ: в формулировке говорится об отсутствии в действиях лица состава преступления, в то время как затем делается ссылка на п. 1 ч. 1 ст. 24 (отсутствие события преступления).

3. Не являются единичными случаи подтасовки фактов: отсутствует логика при опросе свидетелей, производятся подмены (опрашиваются лица, не являющиеся очевидцами события, вопросы задаются в отношении событий, не совпадающих по времени с моментом совершения преступления), искажаются

³ Так, в одном из отказных материалах в объяснении заявительницы указывается, что она подверглась нападению водителя автомашины, остановившейся рядом с ней на улице. Он схватил ее, угрожая ножом, втащил в автомашину, отвез за гаражи, где несколько раз изнасиловал, порвав одежду. Заявительница запомнила номер автомашины и имя нападавшего. По этим данным была установлена фамилия владельца автомашины. Его имя совпало с тем, которое назвала жертва. Из рапорта сотрудника милиции следует, что известно место проживания подозреваемого. Однако объяснение данного лица в отказном материале отсутствует.

⁴ В постановлениях встречаются следующие формулировки отказа: “отказать в возбуждении уголовного дела в отношении неизвестного лица за отсутствием в его действиях состава преступления” или “считаю, что в действиях неизвестных лиц не усматриваются признаки составов преступлений, предусмотренных ст. 131 УК”.

результаты СМЭ (из заключений экспертизы выбирается информация нейтрального характера и кладется в основу постановления об отказе в возбуждении уголовного дела).

Так, в одном из постановлений об отказе в возбуждении уголовного дела по ст. 131 говорится, что опрошенные К. и М. факт изнасилования З. и нанесения ей телесных повреждений подозреваемым С. отрицали и сообщили, что в их присутствии ее никто не трогал. СМЭ каких-либо повреждений в области половых органов и рта у З. не обнаружило. Из объяснений же З. следовало, что подозреваемый С. избил ее и совершил изнасилование уже после ухода других лиц, в том числе опрошенных К. и М. Объяснения самого подозреваемого С. в постановлении не приводится и вообще отсутствует в материалах. В заключении СМЭ указывается на наличие у З. ссадин в области обеих ягодиц, возникших от скользящих воздействий твердых предметов незадолго (возможно в ближайшие сутки) до проведения СМЭ. А в содержимом влагалища обнаружены сперматозоиды.

Как следует из данных другого отказного материала, жертва, с ее слов, была изнасилована и избита. СМЭ не проводилась, хотя в протоколе медицинского освидетельствования констатирован разрыв девственной плевы, края разрыва резко полнокровны и из них отмечается выделения сукровичной жидкости. Кроме того, у жертвы выявлено сотрясение головного мозга. С места происшествия изъята простынь со следами бурого цвета. В постановлении следователя результаты гинекологического освидетельствования отражения не нашли. Что касается сотрясения головного мозга, то, как указано в постановлении, следствие не исключает возможности того, что обнаруженные у заявительницы телесные повреждения могли быть ею получены уже после ее ухода от подозреваемого при неустановленных обстоятельствах. Следователь счел, что объективных данных, подтверждающих факт совершения указанным лицом полового акта против воли заявительницы и причинения ей им телесных повреждений нет, а в действиях указанного лица состав преступления, таким образом, отсутствует.

Представляется, что в случаях, подобных описанному, обстоятельства должны устанавливаться в рамках возбужденного уголовного дела.

4. Допускается формализм и бездействие в работе по заявлениям об изнасиловании, что приводит к сокрытию преступлений от учета, безнаказанности преступника.

В одном отказном материале очевидцами преступления оказались сразу несколько человек (соседи по лестничной площадке), привлеченные криками о помощи жертвы. Один из них даже ударил насильника палкой, а тот пытался заблокировать дверь на лестницу. И нападавший, и жертва были частично обнажены. Жертва просила свидетелей не уходить, помочь,

вызвать милицию. В тот же день в отделение милиции она написала заявление о совершенном в отношении ее изнасиловании. Однако на следующий день заявительница написала новое заявление с просьбой прекратить проверку, так как претензий к нападавшему не имеет. Затем в своем повторном объяснении она указала, что просит указанное лицо к уголовной ответственности не привлекать и что *более подробное объяснение даст позднее, поскольку очень плохо себя чувствует*. Однако позднее жертву никто так еще раз и не опросил, хотя мотивы ее поступка настораживали. Через пять дней с момента подачи жертвой первого заявления о совершении в отношении нее изнасилования следователь прокуратуры вынес постановление об отказе в возбуждении уголовного дела со следующей формулировкой: “Изучив материалы проверки, прихожу к выводу, что гр. П. насилия в отношении Б. не применял, а также не угрожал применением насилия, половой акт не совершался. Таким образом, в действиях гр. П. отсутствует состав какого-либо преступления”. В постановлении вообще не были отражены показания очевидцев преступления, по существу опровергающие этот вывод следователя.

Некоторые формулировки отказа в возбуждении уголовного дела являются свидетельством нескрываемой беспомощности и некомпетентности следствия. Приведем одну из них: “Учитывая то, что после совершения преступления Е. сразу же помылась и выстирала свою одежду, то вследствие этого состав преступления ст. 131 процессуально недоказуем”.

Отдельные формулировки отказа можно расценить даже как курьезные. Например, следующую: “В ходе проверки установлено, что заявление К. основано на том, что она неправильно расценила действия лиц, вступивших с ней в половую связь и в ее действиях не усматриваются признаки преступления по ст. 306 УК “Заведомо ложный донос”.

В другом отказном материале имеется рапорт о продлении срока проверки на 1 месяц с 18 ноября до 18 декабря. Осталось, однако, непонятным на что затем был потрачен этот месяц, так как после этого рапорта сразу подшито постановление от 18 декабря об отказе в возбуждении уголовного дела.

5. Значительное количество постановлений об отказе в возбуждении уголовных дел об изнасилованиях основывается на изменении позиции жертвы. В среднем в каждом третьем отказном материале имеется новое заявление жертвы, как правило, поданное ей на следующий день после подачи первого заявления, в котором она просит прекратить проверку и

указывает, что не имеет претензий к тому или иному лицу.

Во многих таких случаях истинный мотив заявительницы остается неясным⁵. И, тем не менее, в силу частно-публичного порядка уголовного преследования по ч. 1 ст. 131 УК РФ, следователь сразу же выносит постановление об отказе в возбуждении уголовного дела с формулировкой, что в действиях лица не содержится признаков преступлений, предусмотренных какой-либо статьей УК, либо указывается ст. 131 УК. Однако заявительница не отказалась от своей оценки действий мужчины как изнасилование, она лишь заявила, что не имеет к нему претензий.

В одном из материалов в заявлении отца несовершеннолетней жертвы указывалось, что его дочь в лесопарке подверглась нападению. Неизвестный повалил ее на землю, однако, получив от нее отпор, а также в связи с появлением на ее крики друга жертвы, скрылся. В заявлении были даны подробные приметы напавшего и его собаки. Однако затем отец по телефону заявил, что ни он сам, ни его дочь в прокуратуру являться для дачи объяснений не будут, так как он сам не может отлучиться с работы, а дочь не хочет подавать заявление. Весь отказной материал состоит из трех документов: заявления отца о привлечении к уголовной ответственности неизвестного, рапорта следователя с пересказом телефонного разговора с отцом и постановления об отказе в возбуждении уголовного дела, в котором следователь “изучив материалы проверки, приходит к выводу, что в данном случае отсутствуют признаки состава преступления ч. 3 ст. 30 и ч. 1 ст. 131 УК РФ”.

В отказных материалах встречаются и парадоксальные ситуации. Жертва отказывается от своего первоначального заявления об изнасиловании, ссылаясь на то, что находилась в момент его написания в шоковом состоянии и что вступила в половую связь добровольно. В то же время подозреваемый в своем объяснении не отрицает, что женщина отказалась от вступления с ним в половую связь, и он силой повалил ее на землю, она кричала, он раздел ее и стал совершать половой акт, однако, не закончил его, так как был пьян.

По словам одного из опрошенных прокуроров, как только появляется второе заявление жертвы об отказе от первого заявления, для сотрудников милиции действие сразу перестает быть преступлением, и материалы отправляются “в корзину”.

Представляется, что в таких случаях не может констатироваться отсутствие признаков преступления и применяться п. 1 или п. 2 ч. 1 ст. 24 УПК РФ, так как

⁵ Следует, безусловно, учитывать имеющие место случаи оговоров со стороны женщин. Судя по отказным материалам, наиболее частыми мотивами таких действий выступают, например, месть проститутки за грубость мужчины, его отказ заплатить причитающуюся ей сумму за оказанные услуги, попытка оправдаться перед сутенером; стремление женщины ввести в заблуждение мужа (родственников) в отношении характера своей интимной близости “на стороне”. В целом, по данным уголовной статистики, за отсутствием события или состава преступления прекращается каждое 8 – 10 уголовное дело об изнасиловании.

данное происшествие не расследовалось, и если бы жертва не отказалась от обвинения, вполне возможно, что данный эпизод был бы зарегистрирован в качестве преступления, попав в статистику.

Правильнее было бы, по нашему мнению, применить в такой ситуации не п. 1 или п. 2 ч. 1 ст. 24 УПК РФ, а п. 5 (отсутствие заявления потерпевшей). Однако ни один следователь в своем постановлении при получении "отказного" заявления жертвы не сослался на п. 5 ч. 1 ст. 24 УПК РФ.

6. Потерю объективных данных, свидетельствующих о совершении изнасилования, влечут недостатки при назначении и производстве судебно-медицинской экспертизы, при оценке ее результатов в период проведения проверок по заявлениям и сообщениям об изнасиловании.

Постановления выносятся о назначении не судебно-медицинской, а о медико-гинекологической, медико-урологической судебных экспертиз, хотя таких видов экспертиз не существует. Перед экспертами, имеющими клиническую подготовку по акушерству и гинекологии, ставятся вопросы о вреде здоровью, телесных повреждениях, их характере, механизме образования и давности причинения, что не во всех случаях относится к их компетенции.

Вопросы иногда формулируются, исходя из норм прежнего уголовного законодательства — о степени тяжести телесных повреждений, в связи с чем эксперты в своих заключениях отказываются на них отвечать. Вместо того, чтобы скорректировать свой вопрос, или назначить дополнительную экспертизу, или опросить эксперта следователи так и оставляют не проясненным вопрос о характере вреда здоровью, причиненного жертве.

В постановлениях о назначении СМЭ зачастую скучо приводятся (а иногда вообще не приводятся) обстоятельства совершения преступления, что делает бессмысленным проведение экспертизы. В качестве иллюстрации можно привести такую выдержку из заключения СМЭ (2003 г.): "ответить на вопрос о возможности причинения телесных повреждений при обстоятельствах, изложенных в описательной части постановления, не представляется возможным, поскольку в описательной части постановления не указаны конкретные обстоятельства, при которых эти телесные повреждения могли бы быть получены". Надлежащей реакции следователя на подобный ответ эксперта не последовало.

На качество СМЭ негативно влияет и тот факт, что травмпункты, первыми фиксирующие состояние жертвы, не умеют правильно его описать, что делает их заключение непригодным для последующей СМЭ. По мнению одного из прокуроров, необходимо ввести правило о представлении на СМЭ фотоснимков телесных повреждений освидетельствованного.

На достоверность экспертных выводов, а также на обоснованность принимаемых решений об отказе в

возбуждении уголовных дел об изнасиловании и других преступлениях негативно влияет отсутствие нормативно-правовой базы по определению вреда здоровью. Действующая Инструкция по организации и производству экспертных исследований в бюро судебно-медицинской экспертизы, утвержденная приказом Минздрава России от 24 апреля 2003 г. № 161 не регулирует данных вопросов.

По словам руководящих работников Республиканского центра судебно-медицинской экспертизы, опрос которых проводился в ходе настоящего исследования, в течение всего периода с момента введения в действие УК РФ судебно-медицинские эксперты "на глазок", руководствуясь прежними понятиями и критериями, определяют причиненный вред здоровью. Разработанный Центром проект Инструкции по определению вреда здоровью до сих пор находится на стадии согласования в Минздраве России. Неоднократные обещания правоохранительных ведомств, в том числе Генеральной прокуратуры РФ, оказать содействие в продвижении столь необходимого документа так и остаются невыполнеными, что негативно оказывается и на защите прав жертв преступлений, дает, в свою очередь, возможность подозреваемым уходить от ответственности.

7. В изученных постановлениях об отказе в возбуждении уголовного дела имеются многочисленные ошибки при квалификации события: не указываются пункты и части ст. 131 УК, вообще не указывается статья УК, как того требует процессуальное законодательство, не приводится ст. 30 УК, когда имело место покушение на изнасилование. Неверно квалифицируются действия по ч. 1 ст. 131 УК, когда потерпевшей являлась несовершеннолетняя или преступление сопровождалось угрозой убийства. Не указывается ст. 132 УК, если деяние заключается не только в изнасиловании, но и в оральном либо анальном половом контакте.

Все это также искажает учетно-регистрационную дисциплину и не дает представления о реальной картине совершаемых половых преступлений.

Предпринятый нами затем анализ уголовных дел, рассмотренных судами Москвы, в сравнении с отказными материалами не выявил существенных различий в основных характеристиках деяний, их фабуле, способе совершения, последствиях, результатах СМЭ, характеристике жертв и нападавших, вопросах признания вины последними и ее доказывания. И в тех и в других материалах имеется неустранимая противоречивость объяснений и показаний участников событий. Позиции жертвы не находится подтверждения не только в отказных материалах, но и в материалах уголовных дел с уже вынесенным обвинительным приговором.

Проведенный анализ отказных материалов, а затем и материалов уголовных дел заставляет усомниться в оправданности и целесообразности института

доследственной проверки. Создается впечатление, что то или иное изнасилование по случайному стечению обстоятельств попадает либо в разряд преступлений либо остается безнаказанным. При этом в обоих случаях имеется заявление жертвы. Два по существу одинаковых события могут быть расценены следователем прямо противоположным образом. Многие из отказных материалов оказываются в плане доказывания явно "недожатыми". Представляется, что если бы по этим заявлению граждан были вовремя возбуждены уголовные дела, что позволило бы произвести качественный осмотр места преступления, опознание и другие следственные действия, преступление было бы раскрыто и вина насильника доказана. Если доказательств изнасилования не добыто в ходе проверки, это не означает, что они не будут найдены при расследовании преступления.

Наряду с ростом "искусственной" латентности изнасилований, о чем свидетельствуют приведенные выше данные, высокого уровня достигла и так называемая "естественная" латентность, обусловленная нежеланием самих жертв заявлять в правоохранительные органы о факте сексуального посягательства. Исследователи приводят различные показатели "естественной" латентности этих преступлений.

Так, согласно социологическим опросам, почти 22 % женщин в России пострадали от изнасилований. При этом заявления в правоохранительные органы подали лишь 8 % из них. Почти 9 % жертв изнасилований предпочли самостоятельно расквитаться с обидчиками (2/3 из них организовали избиение насильников, еще 1/3 "проплатили" изнасилование жен, сестер или дочерей преступников)⁶.

По информации, полученной из Региональной общественной организации "Независимый благотворительный центр помощи пережившим сексуальное насилие "Сестры", каждая вторая женщина в России пережила в жизни хотя бы одну навязанную сексуальную активность, 30 % женщин перенесли сексуальное насилие. Из числа жертв изнасилований, обратившихся в Центр за психологической помощью на телефон доверия, лишь 20 % заявили о случившемся в милицию⁷. В 2003 г., по данным проведенного нами опроса специалистов Центра, этот показатель снизился до 12 %⁸. Жертвы изнасилования не желают сообщать о происшедшем, чтобы избежать огласки и не столкнуться с продолжением травмирующей ситуацией. Чаще всего о совершенном посягательстве заявляют женщины, которые были не только изнасилованы, но

и ограблены и (или) избиты, т.е. пострадавшие от жестокого насилия, причем, как правило, незнакомых им лиц. Многие считают неудобным придавать дело огласке, привлекая к ответственности знакомого человека, испытывают чувство вины за то, что не могли предвидеть и контролировать исход дела.

Такие факторы как боязнь некорректного поведения работников правоохранительных органов и неверие в их возможности наказать преступника выдвинуты специалистами Центра "Сестры" на вторую позицию среди факторов латентности изнасилований.

Специалисты Центра психолого-медицинско-социального сопровождения "ОЗОН", работающие с несовершеннолетними жертвами сексуального насилия, в ходе проведенного нами опроса наоборот, на первое место поставили боязнь некорректного поведения работников правоохранительных органов и неверие в их возможности, а также неправильное и несвоевременное их реагирование на поступившее заявление. Второе место, по их мнению, занимает нежелание огласки и боязнь порицания окружающих.

И те и другие специалисты на последнее место определили боязнь мести со стороны преступников, не считая этот фактор актуальным исходя из своей практики.

Специалисты обоих центров в качестве главной причины отсутствия, нередко, должного реагирования на зарегистрированное заявление об изнасиловании называют личное (субъективное) негативное отношение сотрудников правоохранительных органов к данной категории преступлений, а также их неадекватную этическую позицию.

Некоторые из опрошенных прокуроров называют и другие причины, по которым жертвы сексуального насилия не подают заявления. Среди них стремление женщины устроиться на выгодную работу, условием поступления на которую является по существу насилиственное половое сношение; легкомысленное отношение жертвы к факту совершенного в отношении нее насилия и др.

Итак, латентность изнасилований настолько высока, что колебания зарегистрированной (видимой) их части могут преимущественно определяться изменением практики реагирования на такие преступления и их жертвами, и правоохранительными органами. По расчетам криминологов, ежегодное фактическое число изнасилований в России (с учетом "искусственной" и "естественной" латентности) может составлять 44 – 50 тыс. фактов⁹.

⁶ Российская газета, 2004, 2 июля.

⁷ Кравцова О. А. О психологических последствиях сексуального насилия // Помощь пережившим сексуальное насилие. Методическое пособие. М., 2002 г. С. 103.

⁸ В среднем доля граждан, подвергшихся различного рода преступным посягательствам, но не обратившихся за помощью в милицию, неизменно составляет 44 – 45 % (см.: Общественное мнение о милиции: 1995 – 2000 г. М., ВНИИ МВД России, 2001. С. 47).

⁹ Преступность и реформы в России. М., 1998. С. 161.

Беспредел правоохранительных органов. Будет ли ему положен предел?

История больного, который сам себя реабилитировал

Александр Сухов (фамилия изменена) родился в 1960 году в семье рабочих. Род спокойным, послушным, общительным, охотно посещал детский сад, болел редко. В семь лет пошел в школу. Учился посредственно, больше увлекали спортивные занятия (лыжи, вольная борьба), но не уклонялся и от общественной работы. Был даже членом общешкольного комитета комсомола. “Поручения выполнял аккуратно, добросовестно... За участие в трудовых делах получал благодарности по школе” (из школьной характеристики от 28.06.77 г.). Пытался заниматься музыкой, но особых способностей не оказалось, и, проучившись два года, занятия в музыкальной школе оставил. После окончания школы поступил в автотранспортный техникум, в 1979 г. получил водительские права. С 1980 по 1982 год успешно прошел службу в армии, работал водителем.

По возвращения из армии Александра пригласили в милицию на офицерскую должность. Окончив курсы (октябрь 1983 – январь 1984 г.), он начал работать инспектором уголовного розыска и заочно учился в юридическом институте. Однако нагрузка оказалась слишком большой. Стали нарастать задолженности в институте, да и с работой неправлялся, “протоколы были низкого профессионального уровня”, изложение часто носило непоследовательный характер... В коллективе держался обособленно, был замкнутым, малообщительным... Сотрудники считали его “чудным”. Поведение и высказывания нередко носили нелепый характер. К себе относился с переоценкой, любил прихвастинуть, рассказать небылицы” (из заключения АСПЭ). Отец Сухова полагает, что конфликты сына с начальством были вызваны тем, что тот отказывался переделывать по требованию начальства составляемые им документы, говорил, что все им написанное соответствует истине, а его просили написать иначе. Некоторое время спустя Александр решил уволиться из органов МВД и уже написал заявление, но “в советские времена с офицерской должности по собственному желанию не увольнялись, и начальник сразу сказал, что уволен он будет только по статье” (из объяснений А. В. Сухова).

В связи с “неправильным поведением” А. В. Сухов был направлен на экспертизу в ПБ № 4 им. Ганнушкина, где находился более полутора месяцев. Окончательный диагноз так и не был установлен, вы-

писали с дифференциальным между эндогенным заболеванием и психопатией паранойяльного круга, и уже через пять дней Александр оказался в ЦНИИФЛ МВД СССР при ПБ им. Кащенко на военной экспертизе. “При поступлении в ПБ держался высокомерно, был гипомимичен, однообразен. Продуктивному контакту малодоступен, напряжен. На вопросы отвечал после продолжительной паузы, не всегда по существу, уходил от прямого ответа, нередко на один и тот же вопрос давал противоречивые ответы. Считал, что начальник относится к нему предвзято. В отделении держался одиноко, залеживался в постели, был эмоционально тускл, безучастен. Наблюдался ряд нелепых высказываний, заявлений, поступков, так на беседу к врачу принес ряд ненужных бумаг: ведомость об окончании второго класса, справку № 266, справку о составе семьи, квитанции на подписку газет и журналов, командировочное удостоверение и т.д. К своему состоянию критика отсутствовала, считал, что он может работать в ОВД. Выписан с диагнозом: “Шизофрения, простая форма” (из медицинских документов) и сразу был уволен из органов МВД по состоянию здоровья, признан негодным к воинской службе, поставлен на учет в ПНД и получил 3 группу инвалидности по спец. ВТЭК.

В дальнейшем Александр Сухов ВТЭК не проходил и группу не подтверждал. Первое время посещал ПНД, но жалоб не предъявлял, психически больным себя не считал, от лечения отказывался. В 1987 году женился, воспитывал двоих детей. Постоянно работал и на работе характеризовался положительно. В 1989 году обратился в ПНД с просьбой о снятии с учета, однако собравшаяся комиссия не посчитала это возможным. Попытки Сухова выяснить причины госпитализации в ПБ в 1984 году, комиссия расценила как подозрительность и недоверчивость. Указывалось также, что “мышление непоследовательное, резонерское, с соскальзыванием, критика полностью отсутствует”. Д-з “Простая форма шизофрении” заменили на “Шизофрения вялотекущая, психопатоподобная” и остались на учете. Лишь в 1994 г., т.е. еще через 5 лет благополучной жизни, Александр был снят с учета, “в связи с улучшением психического состояния”.

Однако через некоторое время отношения в семье ухудшились. Сухов ревновал жену, стал выпивать,

устраивал скандалы. 30.10.95 г. в состоянии алкогольного опьянения ударили жену и был госпитализирован в ПБ. Лечение было кратковременным — “В отделении вел себя правильно, психотическая симптоматика отсутствовала” (из медицинских документов), и уже через 10 дней Сухова выписали с диагнозом: “Ситуационно обусловленная аффективная реакция”.

С женой Александр развелся и через некоторое время женился повторно. Последние 9 лет проживает во втором браке. Отношения хорошие. Первое время жили вдвоем в однокомнатной отдельной квартире. Сухов постоянно работал водителем (общий водительский стаж 25 лет) в различных организациях, в апреле 2003 устроился водителем в банк. “Работу выполняет в соответствии с должностными обязанностями. На работе характеризуется с положительной стороны”.

И все бы хорошо, да вот в 2001 году умерла мать Сухова, и нужно было делить наследство. Александр сразу отказался от своей доли в пользу отца, а его старший брат Владимир претендовал на наследование части дома и приусадебного участка. Миром решить проблему не удалось и начались многочисленные судебные тяжбы. У отца испортились отношения со старшим сыном, но Александр в эти дела не вмешивался и с братом нессорился. Через некоторое время дом, в котором раньше жили родители и который теперь пытались разделить отец и старший сын, сгорел. Отец пришел жить к младшему сыну, в однокомнатную квартиру, которую когда-то купили все вместе и которая была оформлена на мать. Старший брат предъявил свои права и на эту квартиру и не успокоился, пока не отсудил одну шестую часть однокомнатной квартиры, в которой проживает Сухов с женой и отцом. Отношения накалились еще больше, старший брат начал постоянно устраивать скандалы; если видел отца, брата или его жену на улице, нередко проявлял агрессивность, угрожал завладеть всем имуществом, поместив брата в психиатрическую больницу, а отца признав недееспособным. Отец в долг не оставался. Многократно жаловался на своего старшего сына в милицию и прокуратуру, обращался в правозащитные организации.

25 августа 2004 года Владимир встретил Александра с отцом на улице, в очередной раз устроил скандал и пригрозил расправой и, действительно, — при входе в дом А. Сухов и его отец были жестоко избиты братом и его сыном. По факту избиения они обратились в милицию, однако через некоторое время выяснилось, что уголовное дело возбуждено против Александра. С изумлением он прочитал в обвинительном заключении следующее: “В ходе предварительного расследования было установлено, что Сухов Александр В. ранее угрожал своему брату Сухову Владимиру В. убийством и причинением тяжких телесных повреждений. В подтверждение ранее высказываемых им угроз 25 августа 2004 г. в 13 часу, находясь

возле здания Старорузского сельского округа, расположенного в Нестерово, Рузского района, Московской области, умышленно нанес Сухову Владимиру В. удар неустановленным острым предметом в шею, причинив последнему телесное повреждение в виде раны мягких тканей справа, которое согласно заключению судмедэксперта № 208 от 12 ноября 2004 г. не влечет за собой вреда здоровью. Таким образом, он (Сухов А. В.) совершил угрозу убийством, и у потерпевшего имелись реальные основания опасаться осуществления этой угрозы, т.е., общественно-опасное деяние, запрещенное уголовным законом, предусмотренное ст. 119 УК РФ”. В качестве доказательств, подтверждающих совершение общественно-опасного деяния, следователь привел заявление Владимира Сухова, в котором тот просит принять меры к своему брату, “ударившему его 25.08.04 в 13 часу у здания Старорузского сельского совета ножом в шею” и заключение судмедэксперта, в котором указано, что В. В. Сухову были причинены повреждения в виде раны мягких тканей справа, которые не влекут за собой вреда здоровью. Показания свидетелей были противоречивы: сын Владимира Сухова подтверждал сведения, сообщенных отцом, а отец и жена Александра Сухова утверждали, что драку начал Владимир и что именно он нанес телесные повреждения отцу и брату.

СПЭК, ОПИРАЮЩАЯСЯ НА ПОКАЗАНИЯ ЗАИНТЕРЕСОВАННОЙ СТОРОНЫ

Следователь не стал разбираться и, узнав от Владимира, что Александр когда-то лечился у психиатров, направил его на амбулаторную судебно-психиатрическую экспертизу в Московский областной центр социальной и судебной психиатрии. Когда Александр приехал на экспертизу, он столкнулся с братом, как раз выходившим из кабинета заведующего. Как выяснилось позже, брат сообщил экспертам сведения, которые не соответствовали действительности и не были подтверждены никакими документами, но вошли в заключение экспертов. Так, например, в заключении говорилось, что “наследственность ... отягощена психическими заболеваниями как со стороны матери, так и со стороны отца”. Между тем, никто из родственников Александра никогда к психиатрам не обращался, в психиатрических больницах не лежал и на психическое здоровье не жаловался. Психическое состояние Александра описано в акте очень кратко и не содержит никаких указаний на психопатологическую симптоматику. “Испытуемый всесторонне правильно ориентирован. Держится настороженно, подозрителен. Эмоционально тускл, гипомимичен. Контакту доступен формально, анамнестические сведения о себе сообщает противоречиво. Себя психически больным не считает, неоднократно повторяет, что снят с учета в ПНД. Мышление его обстоятельное, резонер-

ское. С собой принес множество ксерокопий различных документов, заявлений. Просит врача не записывать его беседу. Негативно настроен по отношению к своему брату, говорит, что брат любит делать ему "вредности", "распускать сплетни". Хочет, чтобы его уволили с работы, избивал отца, однако более подробно свои переживания не раскрывает. Уверяет, что он всегда избегал встреч с братом, никогда ему не угрожал и ничем не ударял. Свою вину в отношении инкриминируемого деяния не признает. Интересуется результатами обследования, назойлив с вопросами, неоднократно возвращается в кабинет, просит его выслушать. К своему состоянию, содеянному не критичен. Бред, галлюцинации не выявляются". Этого оказалось достаточно, чтобы комиссия пришла к выводу, что "Сухов А. В. страдает хроническим психическим расстройством в форме шизофрении, что лишает его способности осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими". И далее: "Как психически больного, в отношении инкриминируемого ему деяния Сухова А. В. следует считать НЕВМЕНЯЕМЫМ. Учитывая психическое состояние, нарушение критических способностей, характер содеянного, что представляет повышенную опасность, комиссия рекомендует направить Сухова А. В. на принудительное лечение в психиатрический стационар общего типа". Подписали это заключение опытные эксперты-психиатры с учеными степенями и высшими квалификационными категориями, М. А. Догадина (экспертный стаж 11 лет), Н. Н. Макаров (стаж 25 лет) и Н. Н. Павлова (стаж 23 года).

ПРОИЗВОЛ СЛЕДСТВИЯ

Судебное разбирательство по делу А. В. Сухова пока не назначено, и, соответственно, суд еще не произвел оценку проведенному исследованию, однако оно уже получило широкую огласку. 17 декабря 2004 года зам. начальника СО при Рузском ОВД п-п/к юстиции Федосеев В. А. направил копию заключения амбулаторной СПЭ на Сухова А. В. управляющему РКЦ Московского ГТУ Банка России г. Рузы (т.е. по месту работы Александра), 20 декабря — начальнику ОГИБДД ОВД Рузского района, М. О. майору милиции Гилякову Н. А. с поручением изъятия водительского удостоверения Сухова А. В., а 29 декабря — жене Александра. Возможно, копии заключения АСПЭ получили и другие лица.

В своем письме в прокуратуру Москвы и прокурору г. Рузы НПА России подчеркивала, что указанные действия зам. начальника СО В. А. Федосеева противоречат российскому законодательству.

"Согласно п. 1 ст. 24 Конституции РФ, использование и распространение информации о частной жизни лица без его согласия не допускаются. Ст. 137 УК РФ предусматривает уголовную ответственность за

незаконное распространение этих сведений, к которым относятся и сведения, содержащие врачебную тайну.

В соответствии с ч. 1 ст. 61 Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан, информация о факте обращения за медицинской помощью, состоянии здоровья гражданина, диагнозе его заболевания и иные сведения, полученные при его обследовании и лечении, составляют врачебную тайну. Гражданину должна быть подтверждена гарантия конфиденциальности передаваемых им сведений.

Часть 3 ст. 161 Уголовно-процессуального кодекса РФ не допускает разглашение данных о частной жизни участников уголовного судопроизводства без их согласия. Данные предварительного расследования могут быть преданы гласности лишь в случае, если это не связано с нарушением прав и законных интересов участников уголовного судопроизводства.

Нарушены были также и другие законодательные нормы: ст. 114 УПК РФ в соответствии с которой временное отстранение обвиняемого от должности производится по постановлению судьи на основании ходатайства следователя с согласия прокурора и распространяется лишь на обвиняемых, являющихся должностными лицами; ст. 6 Закона РФ "О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании", согласно которой гражданин может быть временно признан непригодным вследствие психического расстройства к выполнению отдельных видов профессиональной деятельности лишь по решению врачебной комиссии, уполномоченной на то органом здравоохранения.

... действующее законодательство не допускает разглашение сведений, составляющих врачебную тайну, лицами, которым они стали известны при исполнении профессиональных, служебных и иных обязанностей.

Это означает, что врачебную тайну обязаны хранить не только медицинские работники, но все иные лица, которым такие сведения стали известны при выполнении должностных обязанностей, в том числе лица, участвующие в расследовании преступлений."

В настоящее время прокуратура г. Рузы проводит расследование происшедшего, однако незаконные действия В. А. Федосеева уже нанесли А. В. Сухову непоправимый вред. Он отстранен от работы, у него незаконным образом изъяты водительские права, информация о заболевании, диагностированном у Сухова в молодом возрасте, стала известна посторонним лицам и людям из его ближайшего окружения.

НЕЛЕПЫЙ СОВЕТ ЗА БОЛЬШИЕ ДЕНЬГИ

Получив от жены заключение, Сухов всполошился и оправился по всем организациям, которые с его точки зрения могли квалифицированно оценить напи-

санное. В ЗАО “Центр независимых экспертиз” ему обещали написать разгромное заключение. Заплатив немалые деньги, через несколько дней он его получил, но не хочет предъявлять в суд, поскольку эксперт (кстати, сотрудник Центра им. Сербского) рекомендует провести по делу стационарную судебно-психиатрическую экспертизу. Он полагает, что “имеются достаточно существенные и веские основания для направления Сухова А. В. на повторную стационарную судебно-психиатрическую экспертизу с обязательным предоставлением в материалах уголовного дела подробных объективных сведений, подлинников историй болезни из психиатрических стационаров, где Сухов А. В. находился на обследованиях, подробных характеристик с последних мест работы, места жительства с предоставлением протоколов допросов его родственников, сослуживцев и прочих лиц близкого окружения об образе жизни Сухова А. В. в последние годы, о его трудовой деятельности, семейной адаптации и проч., для окончательного решения диагностических и экспертных вопросов в условиях стационарной судебно-психиатрической экспертизы с обязательным проведением экспериментально-психологического исследования, параклинических (ЭЭГ, ЭхоЭГ, РЭГ, глазное дно, краниограмма) и неврологического обследований”.

Данные советы хороши, когда нужна тонкая диагностика, но для решения вопроса о вменяемости в данном конкретном случае являются грубо избыточными. Эксперт совершенно не посчитался с интересами подэкспертного, не вошел в его положение.

ОСВИДЕТЕЛЬСТВОВАНИЕ В НПА РОССИИ

В заключение приводим выдержки из заключения, выданного бесплатно на руки Сухову по результатам освидетельствования комиссией специалистов НПА России. **Экспериментально-психологическое исследование.** Во время психологического исследования А. В. Сухов с трудом может сосредоточиться на заданиях, рассказывает о ситуации, в которой он находится, показывает бумаги, просит разрешить поговорить по телефону. В то же время цель исследования понимает, старается продемонстрировать хорошие результаты. Мнестические способности хорошие. Кривая запоминания 10 слов: 8-9-10. В отсроченном воспроизведении называет 9 слов. При опосредованном запоминании через час правильно называет 10 из 12 предъявленных понятий, 2 — с небольшими неточностями (например, “героический поступок” вместо “смелый поступок”). Ассоциации адекватные, личностно значимые, достаточно обобщенные. Рисунки схематичные, некоторые не до конца прорисованные (“Я не умею рисовать”). Графические особенности указывают на наличие органической патологии: неровные линии, многочисленные наведения, обрывы линий. При выполнении заданий

на мышление (простые аналогии, исключение предметов) испытывает затруднения при выполнении первого задания, однако затем делает все достаточно быстро и без ошибок, демонстрируя возможность обобщения на абстрактном уровне. При сравнении пословиц (“Не все то золото, что блестит” и “Не красна изба углами, а красна пирогами”) правильно понимает смысл и может объяснить ситуации, однако испытывает некоторые трудности в формулировании своих мыслей. По данным теста Роршаха испытуемого отличает высокая психическая активность (31 ответ), высокая категориальная четкость познавательных процессов ($F+ \approx 83$), достаточные гибкость мышления (ответы с опорой на движение), критичность и реалистичность, высокий мотивационный потенциал. В восприятии преобладают четкие целостные образы с достаточным анализом деталей. В то же время отмечается некоторое снижение психической продуктивности (64 % ответов облегченного типа), а в аффективной сфере выявляется повышенная аффективная напряженность ($F \approx 77$), высокий уровень тревожности (большое количество ответов с опорой на светотень), а также некоторое снижение контроля эмоций ($FC < CF = 1,5 < 2$). Большое количество ответов с опорой на ароматический цвет указывает на повышенную оппозиционность, а в сочетании с высоким уровнем активности и снижением контроля эмоций — на стремление идти навстречу опасности.

Таким образом, в результате экспериментально-психологического исследования обнаружены признаки тревожно-депрессивной реакции (снижение внимания, снижение продуктивности, повышенный уровень тревоги) у паранойальной несколько формальной прямолинейной личности с тенденцией к снижению контроля эмоций.

Психическое состояние. Испытуемый полностью ориентирован, контактен. Одет опрятно. Во время беседы напряжен, лицо гипомимичное, хмурое. Фиксирован на психотравмирующей ситуации, очень подробно и обстоятельно описывает последние события, в суждениях последователен, несколько формален. Возмущен, что следователь рассыпает Заключение АСПЭ во всевозможные инстанции (управляющему банка, в котором он работает, начальнику ОГИБДД ОВД Рузского района, его жене). Категорически отрицает свою вину, боится в результате действий следователя потерять работу, у него уже отобраны водительские права. С удовлетворением говорит о том, что жена не поверила тому, что написано в Заключении АСПЭ, поскольку знает его с детства, они вместе учились в школе. В то же время по сведениям, полученным от жены, которая работает в суде, опасается, что теперь его дело не будут рассматривать по существу, а просто отправят минимум на полгода в психиатрическую больницу. Данная ситуация вызывает тревогу, с трудом переключается в беседе на другие темы и вскоре вновь возвращается к происходящему,

ищет помощи, поддержки, понимает сложность своего положения. Критика к ситуации и своему поведению сохранена. О брате говорит достаточно спокойно и только при расспросах, ни злобности, ни агрессивности в его адрес не высказывает, считает, что брат относится к нему предвзято, потому что отец сейчас живет у него, а брат уже несколько лет судится с отцом из-за наследства после смерти матери. Боится, что брат попытается осуществить свою угрозу и признать отца недееспособным.

Память и интеллект соответствуют возрасту и полученному образованию. Продуктивной психотической симптоматики, суицидальных мыслей не обнаруживает.

Заключение. По результатам проведенного исследования признаков эндогенного заболевания в

форме шизофрении у А. В. Сухова не обнаружено. Выявляются резидуально-органические особенности. В настоящее время имеется ситуационная тревожно-депрессивная реакция у прямолинейной вязкой личности, не требующая психиатрического вмешательства. А. В. Сухов может понимать значение своих действий, давать показания по делу и защищать свои интересы в суде как лично, так и через адвоката.

Стараниями адвоката заключение НПА приобщено к делу, и теперь все зависит от решения суда.

Л. Н. Виноградова, М. А. Курбанов,
Н. В. Спиридонова

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

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)

Недееспособность — навсегда?..

Анна Деменева (Екатеринбург)

Статья 29 Гражданского кодекса РФ устанавливает: “Гражданин, который вследствие психического расстройства не может понимать значения своих действий или руководить ими, может быть признан судом недееспособным в порядке, установленном гражданским процессуальным законодательством. Над ним устанавливается опека”.

С момента, когда решение суда о признании лица недееспособным и установлении над лицом опеки вступило в силу, в соответствии с п. 5 статьи 37 Гражданского процессуального кодекса РФ — права и свободы граждан, признанных недееспособными, защищают в процессе их законные представители — опекуны. Однако до того момента, пока такое решение не вступило в силу, гражданин имеет право самостоятельно защищать себя (в соответствии с частью 1 статьи 48 ГПК РФ граждане вправе вести свои дела в суде лично или через представителя), возражать против установления опеки, а в случае, если вынесено решение о признании его недееспособным, обжаловать его, в том числе самостоятельно. Однако необходимо отметить, что в ходе процессов о признании гражданина недееспособным нередко допускаются существенные нарушения прав лиц, “в интересах” которых поданы заявления о признании их недееспособными. Прежде всего, эти нарушения связаны с тем, что для суда достаточным аргументом необеспечения всех процессуальных прав лица является документально подтвержденное наличие диагноза психического заболевания и утверждения заинтересованных лиц, подавших такое заявление, о том, что в силу психического расстройства гражданин не может осознавать значения своих действий и руководить ими. При этом существует практика, когда заявление рассматривается в отсутствие лица, в отношении которого решается вопрос, причем не только тогда, когда лицо находится на лечении в стационаре, и состояние его здоровья не позволяет ему участвовать в процессе, но и тогда, когда пациент продолжает жить своей обычной жизнью, например, наступил период ремиссии, лицо не находится на лечении, продолжает посещать учебные заведения или работает, но суд просто не извещает его о судебном заседании.

Кассационная инстанция в ряде случаев отменяет решения суда первой инстанции с указанием обеспечить явку лица, в отношении которого решается во-

прос (поскольку в силу п. 2 части 2 статьи 364 ГПК РФ решение подлежит отмене, если дело рассмотрено судом в отсутствие кого-либо из лиц, участвующих в деле и не извещенных о времени и месте судебного заседания), а в ряде случаев суд кассационной инстанции указывает, например, что “в процессе интересы Н. представлял его родственник, подавший заявление об установлении над Н. опеки, следовательно, интересы Н. и право на представителя не нарушены, и оснований для отмены решения нет”, в то время как в период рассмотрения дела Н. не были признан недееспособным, возражений врачей против его присутствия на судебном заседании не поступило, и он мог бы самостоятельно выступать в суде, отстаивая свои интересы и представляя свои возражения по поводу установления опеки, поскольку они у него были.

Несмотря на то, что решение суда о признании лица недееспособным не вступает в силу немедленно и может быть обжаловано, суд не считает нужным направлять лицу, в отношении которого вынесено решение, копию решения, а потому лицо автоматически лишается права на обжалование судебного решения, и порой узнает о его существовании после вступления его в силу, что также существенно нарушает право на защиту.

Так, гражданка К. находилась на лечении в психиатрическом стационаре. Находилась долго, около полугода. Но не по той причине, что ей требовалось длительное лечение, а в связи с тем, что дочь отказывалась забирать ее из больницы. Когда же по настоянию врачей (!) К. все же была выписана из больницы и приехала домой, она узнала, что квартира, собственницей которой она являлась, больше ей не принадлежит. В период нахождения ее в стационаре дочь обратилась в суд с заявлением о признании К. недееспособной и стала ее опекуном, а значит, получила право распоряжения имуществом лица, над которым установлена опека. Формально права опекаемого были соблюдены — ей, дочери и внучке была приобретена квартира. Однако в квартиру К. не пускали под предлогом того, что в ней идет ремонт. Опекун не только оставила мать без крыши над головой, но и не давала ей денег, не приобретала лекарств, удерживала у себя ее документы. Совершенно очевидно, что опекун действовала во вред имущественным и неимущественным интересам опекаемой.

Однако как обратиться в суд об отмене такой опеки? Как защитить права лицу, которое без его ведома было признано недееспособным? Очевидно, что в случае действия опекуна не в интересах опекаемого самым сложным является вопрос, кто может обратиться в суд с требованием о замене опекуна или, если имеются основания, об отмене опеки как таковой и признании лица дееспособным?

В соответствии с частью 3 статьи 22 Гражданского кодекса РФ, “если основания, в силу которых гражданин был признан недееспособным, отпали, суд признает его дееспособным. На основании решения суда отменяется установленная над ним опека”. При этом гражданским процессуальным законодательством устанавливается круг лиц, которые могут обратиться в суд с заявлением о признании лица дееспособным: в соответствии с частью 2 статьи 286 Гражданского процессуального кодекса РФ, с таким заявлением могут обратиться опекун, член семьи, психиатрическое или психоневрологическое учреждение, орган опеки и попечительства.

В данном перечне отсутствует само лицо, над которым установлена опека и которое желает поставить перед судом вопрос о ее отмене. Поскольку гражданин является недееспособным, процессуальной возможности обратиться в суд и инициировать процедуру самостоятельно у него нет. В соответствии с п. 3 части 1 статьи 135 Гражданского процессуального кодекса РФ, судья возвращает исковое заявление, если оно подано недееспособным лицом, в соответствии со статьей 222 Гражданского процессуального кодекса РФ, суд оставляет заявление без рассмотрения, если оно подано недееспособным лицом. Если говорить о возможности доступа к правосудию, определенное ограничение доступа к суду лиц с определенной степенью психических расстройств оправдано, поскольку направлено на защиту прав других лиц, интересов правосудия.

Однако при этом гражданин не должен быть лишен других способов судебной защиты своих прав, например, должны быть лица, способные действовать в его интересах. Гражданский процессуальный кодекс РФ и Гражданский кодекс РФ рассматривают в качестве такого лица опекуна. Однако на практике опекуны могут быть не согласны с требованием опекаемого о снятии опеки, считая такие требования необоснованными, поскольку основания установления опеки не отпали и лицо по-прежнему нуждается в помощи, поскольку не осознает характера и значения своих действий, либо в случае, когда, как отмечалось, опекун действует вопреки интересам опекаемого, и во многом это связано с имущественными интересами, возможностью распоряжаться всем имуществом опекаемого. Так или иначе, если опекун не считает нужным инициировать процесс отмены опеки, кто это может сделать? Прежде всего необходимо отметить, что если у лица есть опекун, у него нет никакой аль-

тернативы — только он является его законным представителем. Орган опеки и попечительства на обращения лица об отмене опеки дает ответ о том, что не может решить этот вопрос, поскольку именно назначенный опекун является представителем. У лица, которое хочет поставить перед судом вопрос об отмене опеки, может не быть родственников, или родственник является опекуном, либо родственники не интересуются его судьбой и не инициируют процесс об отмене опеки или смене опекуна, действующего вопреки интересам опекаемого.

Гражданин, который хочет подать в суд заявление об отмене опеки, иногда обращается за помощью в правозащитную организацию, которая также не может представлять его интересы, если на это не дано согласия опекуна и надлежащим образом не оформлены полномочия. Обращаясь в суд в интересах гражданина, призванного недееспособным, организация получает определение суда об отказе в принятии такого заявления со ссылкой на п. 1 части 1 статьи 134 Гражданского процессуального кодекса РФ, на том основании, что заявление подано в защиту прав другого лица организацией, которой в соответствии с настоящим кодексом и другими федеральными законами такого права не предоставлено. Такие определения суд выносит и в случае ссылки общественной организации на статью 46 ГПК РФ (в случаях, предусмотренных законом, ... организации вправе обратиться в суд с заявлением в защиту прав, свобод и законных интересов других лиц по их просьбе), а также на статью 27 Федерального закона “Об общественных объединениях” (право общественного объединения представлять и защищать свои права, законные интересы своих членов и участников, а также других граждан в органах государственной власти, органах местного самоуправления и общественных объединениях), и даже в случае предоставления копий учредительных документов, явно указывающих на право защиты прав лиц с психическими заболеваниями, а также личного заявления лица в общественную организацию об оказании ему правовой помощи и обращении в его интересах в суд с заявлением о прекращении опеки и признании его дееспособным, либо о замене опекуна.

Таким образом, здесь возникает сложная процессуальная проблема — необходимость оформления представительства. Однако, как отмечалось, сам недееспособный гражданин, обратившийся за помощью в общественную организацию, выдать доверенность на представление его интересов не может, законным представителем опекаемого является именно опекун, и только он может передавать полномочия по представлению интересов опекаемого. Если опекун в этом не заинтересован, никакой другой возможности оформить полномочия представителя нет.

В силу Гражданского процессуального кодекса РФ защиту прав лиц, неспособных защитить себя по состоянию своего здоровья или в силу иных обстоя-

тельств, осуществляет прокурор (статья 45 Гражданского процессуального кодекса РФ). Однако обязанности осуществлять такую защиту у него нет, законодательство оставляет ему свободу усмотрения. Это право, но не обязанность. Ситуаций, когда помочь прокурора необходима, множество. Между тем, может возникнуть ситуация, когда опекун возражает против подачи заявления об отмене опеки, а прокурор не предпринимает никаких действий по заявлению недееспособного лица о замене опекуна или отмене опеки. В ответах прокуратуры на заявления общественных организаций в интересах недееспособных лиц чаще всего встречается фраза “права вашей организации данным решением суда не нарушаются”, а самому недееспособному лицу дается ответ “ваше обращение поступило не от законного представителя”, или “поскольку Вы не могли осознавать смысла совершаемых действий, Вы были признана в установленном законом порядке недееспособной...”. Законодательство не содержит норм, позволяющих наказать

такого прокурора или заставить его обратиться в суд в защиту интересов лица. Это возможно только если это сочтет необходимым вышестоящий прокурор...

К сожалению, это очень большая проблема для лиц, лишенных дееспособности, когда опекун действует не в интересах опекаемого, а самостоятельного процессуального права привлечь опекуна к ответственности или требовать замены опекуна или снятия опеки у недееспособного нет. Общественной организации чаще всего отказывают в принятии заявления в интересах недееспособного, требуя доверенности, выданной опекуном. В итоге, если опекун против признания лица дееспособным, а орган опеки и попечительства не реагирует на заявления опекаемого или общественной организации в его интересах, никаких шансов поставить такой вопрос перед судом у признанного недееспособным лица нет, в то время как основания для восстановления дееспособности могут быть очевидны, зато есть риск оказаться в “замкнутом круге”, когда недееспособность — навсегда.

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

Международная конференция по семейной терапии

ПОЛИТИКА, ОБЩЕСТВО И КЛИНИЧЕСКАЯ ПРАКТИКА

22 – 25 июня 2005 г., Вашингтон, США

info@afta-ifta2005.org; www.afta-ifta2005.org

Расстройство в виде множественной личности в США. Клинические и судебно-психиатрические аспекты

В. В. Мотов

“Эпидемия психической болезни охватывает Северную Америку.

За всю историю психиатрии во всем мире до 1980 г.

было обнаружено не более 200 случаев [этой болезни].

В то же время сегодня некоторые ее поборники заявляют,

что ею поражены, по крайней мере, десятая часть всех американцев
и, возможно, 30 % людей с низким достатком — более 26 млн. человек.

Индустрия, вовлекающая значительные финансовые средства,

многие специализированные лечебные учреждения

и многочисленных самопровозглашенных экспертов,

быстро выросла вокруг этой болезни.

Болезнь эта — расстройство в виде множественной личности...”

(August Piper, Jr, 1998.)¹

Весной 2002 г. перед началом стажировки в психиатрическом стационаре медицинского центра университета Джорджа Вашингтона я пришел на беседу к Dr. Jeffrey Akman — руководителю психиатрической программы в университетской медицинской школе. Среди прочего, речь зашла о расстройстве в виде множественной личности (РМЛ). Имея некоторое представление о ситуации с РМЛ в Америке, на вопрос Dr. Akman о том, как относятся к этому диагнозу российские психиатры, я ответил (возможно, излишне категорично), что никаких проблем с диагностикой РМЛ в России нет, т.к. для большинства коллег такого диагноза не существует. Dr. Akman с улыбкой заметил, что мне, безусловно, представится возможность увидеть, по крайней мере, нескольких пациентов с диссоциативным расстройством личностной идентичности (так в США с 1994 г. называется расстройство в виде множественной личности).

Похоже, однако, РМЛ “играет в прятки” с российскими психиатрами не только в России.

РМЛ: фантастическая действительность или действительная фантастика?

1632 г., Франция. Демономаническая эпидемия в монастыре урсулинок в Laudun. Аббатиса монастыря — 25-летняя Jeanne de Belcei убеждена, что ее тело — вместилище шести демонов, каждый из которых периодически становится ее внутренним “я” и проявляет себя одному лишь ему свойственным образом, в результате чего происходят драматические изменения в поведении и во внешнем облике аббатисы. Когда контроль над ее телом берет Isacaron, возбуждаются ее плотские желания и благочестивая de Belcei трансформируется в похотливую девку. Leviathan превра-

щает смиренную монахиню в высокомерную особу. Будучи под контролем Behemot, аббатиса совершает наиболее тяжкий грех — порочит имя Господа [1].

1990 г., Oshkosh, штат Висконсин, США. 27-летняя американка по имени Сара, выступая в суде в качестве потерпевшей в деле по обвинению Mark Peterson в ее изнасиловании, заявляет, что Сара — имя лишь ее тела, в котором наряду с ней пребывают еще 6 личностей и 15 личностных фрагментов. Сама она, по ее словам, не помнит, чтобы когда-либо была знакома с обвиняемым. О том, что Peterson совершил насильственные сексуальные действия в отношении “ее тела”, которое, по словам потерпевшей, находилось в то время не под ее собственным контролем, но под контролем наивной Jennifer (одна из шести), потерпевшая узнала от остальных, “обитающих” в ее теле личностей. Потерпевшая также утверждала, что не может контролировать происходящее, когда какая-то из этих личностей управляет ее телом, однако она может “вызывать” некоторых из них и разговаривать с ними. Представитель стороны обвинения попросил ее вызвать личность Jennifer. Потерпевшая наклонила голову, закрыла глаза и через несколько секунд выражение лица и голос ее изменились — появилась веселая и наивная Jennifer, приветливо помахавшая рукой жюри присяжных. Судья привел Jennifer к присяге. Таким же образом вскоре была вызвана личность шестилетней Emily, затем личность Leslie и другие. Причем, по мере появления, каждая из них приводилась судьей к присяге [2].

За более чем три с половиной столетия, разделяющие эти два случая, изменилось, похоже, лишь одно: “демон” стал “личностью”.

Multiple personality disorder — расстройство в виде множественной личности (РМЛ)², как отдельная

¹ Piper A. Multiple Personality Disorder: Witchcraft Survives in the Twentieth Century. Skeptical Inquirer Magazine, May-June 1998. On line at: www.csicop.org/si/9805/.

² С моей точки зрения, перевод термина “multiple personality disorder” на русский язык в некоторых неофициаль-

нозологическая единица, получила признание части американского психиатрического сообщества к 1980-м годам. В действующей в США классификации психических и поведенческих расстройств (DSM-IV) название заменено (по мнению некоторых американских коллег, неудачно)³ на “диссоциативное расстройство личностной идентичности” (Dissociative Identity Disorder — DID, 300.14)⁴.

DSM-IV содержит следующие критерии диагностики DID (РМЛ).

“А. Присутствие [в одном индивиде] двух или более отдельных личностей или личностных структур (каждая со своим собственным относительно устой-

чивым характером восприятия, мышления, отношения к окружающему и к самой себе).
Б. По крайней мере, две из этих личностей или личностных структур периодически управляют поведением индивида.

“С. Неспособность вспомнить важную информацию, относящуюся к самому себе. Такая неспособность выражена настолько значительно, что не может быть объяснена обычной забывчивостью.

“Д. Расстройство не является результатом прямого физиологического действия психоактивных веществ (например, “провалы памяти” или неупорядоченное поведение во время алкогольной интоксикации) или общего заболевания (например, сложные парциальные припадки).
Примечание: у детей симптомы не могут быть отнесены к воображаемым товарищам детских игр или другой воображаемой игре” [3].

РМЛ базируется на нескольких исходных положениях, являющихся, по сути, предположениями.

(1). В основе РМЛ лежит психическая травма, связанная в большинстве случаев с перенесенным пациентом в детском возрасте сексуальным насилием со стороны взрослого (нередко члена семьи и чаще всего — отца)

(2). Это травмирующее психику событие вытесняется из сознания (забывается), поскольку его содержание настолько ужасает ребенка, что лишает его возможности “посмотреть правде в глаза”.

(3). Вытесненная из сознания (забытая) психотравма генерирует симптомообразование.

(4). Пациент не может произвольно вспомнить психотравму. Для “возвращения воспоминания” о ней используются специальные психологические приемы.

(5). Восстановление “забытых” психотравмирующих событий избавляет пациента от симптомов РМЛ.

Сторонники и противники РМЛ

В среде американских психиатров, однако, до сего дня наблюдается противоречивое отношение к РМЛ: существуют как ревностные адепты, так и яростные критики, считающие РМЛ выдумкой фанатичных психотерапевтов, играющих на наивности внушаемых пациентов с истерическими расстройствами.

Dr. Robert Simon — клинический профессор психиатрии и директор программы: “Психиатрия и Право” в медицинской школе Джорджа Тенса (Georgetown University) автор множества научных статей и более 10 книг по вопросам психиатрии и права, лауреат престижной премии Manfred S. Guttman Award за выдающийся вклад в литературу по судебной психиатрии является сторонником нозологической самостоятельности РМЛ. “Мое понимание фактического положения вещей состоит в том, что в отношении РМЛ имеет место гиподиагностика, не гипредиагностика, — пишет Dr. Simon и продолжает,

чтобы вспомнить важную информацию, относящуюся к самому себе).

В. По крайней мере, две из этих личностей или личностных структур периодически управляют поведением индивида.

С. Неспособность вспомнить важную информацию, относящуюся к самому себе. Такая неспособность выражена настолько значительно, что не может быть объяснена обычной забывчивостью.

Д. Расстройство не является результатом прямого физиологического действия психоактивных веществ (например, “провалы памяти” или неупорядоченное поведение во время алкогольной интоксикации) или общего заболевания (например, сложные парциальные припадки).

Примечание: у детей симптомы не могут быть отнесены к воображаемым товарищам детских игр или другой воображаемой игре” [3].

РМЛ базируется на нескольких исходных положениях, являющихся, по сути, предположениями.

(1). В основе РМЛ лежит психическая травма, связанная в большинстве случаев с перенесенным пациентом в детском возрасте сексуальным насилием со стороны взрослого (нередко члена семьи и чаще всего — отца)

(2). Это травмирующее психику событие вытесняется из сознания (забывается), поскольку его содержание настолько ужасает ребенка, что лишает его возможности “посмотреть правде в глаза”.

(3). Вытесненная из сознания (забытая) психотравма генерирует симптомообразование.

(4). Пациент не может произвольно вспомнить психотравму. Для “возвращения воспоминания” о ней используются специальные психологические приемы.

(5). Восстановление “забытых” психотравмирующих событий избавляет пациента от симптомов РМЛ.

Сторонники и противники РМЛ

В среде американских психиатров, однако, до сего дня наблюдается противоречивое отношение к РМЛ: существуют как ревностные адепты, так и яростные критики, считающие РМЛ выдумкой фанатичных психотерапевтов, играющих на наивности внушаемых пациентов с истерическими расстройствами.

Dr. Robert Simon — клинический профессор психиатрии и директор программы: “Психиатрия и Право” в медицинской школе Джорджа Тенса (Georgetown University) автор множества научных статей и более 10 книг по вопросам психиатрии и права, лауреат престижной премии Manfred S. Guttman Award за выдающийся вклад в литературу по судебной психиатрии является сторонником нозологической самостоятельности РМЛ. “Мое понимание фактического положения вещей состоит в том, что в отношении РМЛ имеет место гиподиагностика, не гипредиагностика, — пишет Dr. Simon и продолжает,

— как психиатр, я лечил ряд пациентов с РМЛ и говорил со многими коллегами, которые сами наблюдали множество случаев РМЛ. Но я также говорил со многими коллегами, которые никогда не видели ни одного случая РМЛ и которые скептически относятся к его существованию... Нежелание диагностировать РМЛ понятно. В конце концов, идея, что многочисленные личности могут существовать в одном индивиде, попахивает демонологией и охотой за ведьмами, а также бросает вызов чувству целостности личности самого врача... Представление, что темные, деструктивные личности (о существовании которых мы не знаем), таящиеся в нашей психике, могут быть частью нас и способны управлять нами, выглядит в высшей степени угрожающее. В процессе лечения врач может оказаться под угрозой потери собственного внутреннего равновесия, слыша, как голос пациентки меняется на голос маленькой девочки и, наблюдая, как она хочет сесть на пол и начать играть. Это похоже на внезапно произшедшую деформацию времени, когда взрослый пациент психологически трансформируется в 3-летнего ребенка буквально на глазах врача. Чувство глубокой жути может охватить врача... Наблюдать способность психики к адаптации путем создания различных личностей в попытках справиться с переполняющей ее [психологической] травмой — удивительное переживание” [4].

Dr. Simon, исходя из своего собственного опыта работы с пациентами с РМЛ, полагает, что лишь небольшое количество индивидуумов с РМЛ имеют 2 личности. Большинство, по его мнению, имеют от 6 до 12, при этом переход из одной личности в другую происходит спонтанно. Часто это занимает лишь несколько секунд, но иногда может продолжаться часы и даже дни. Такой переход обычно сопровождают застывший взгляд, частое мигание, изменения мимики. Личности могут быть настроены по отношению друг к другу как дружески, так и враждебно. Они могут, как осознавать так и не осознавать наличие других личностей в индивиде. Они могут быть настолько различны, что очки, выписанные для одной “содержащейся” в пациенте личности, не подходят другой. Более того, если некоторые из них пребывают в относительной гармонии с собой и окружающим миром, то другие могут обнаруживать признаки психических расстройств, таких, например, как расстройства настроения, тревожное расстройство, расстройство личности. Однако в каждый данный период времени лишь одна личность взаимодействует с окружающим миром. Большинству личностей в момент их первого появления дается определенное имя, отличающееся от имени индивида и иногда служащее напоминанием о том насилии, которому пациент подвергся в детстве. Личности в индивиде обычно организованы в две большие группы: “защитники” и “разрушители”. Ярость, гнев, ненависть, которые часто демонстрируют деструктивные “разрушители”, тесно связаны со

сверхсильным физическим или сексуальным насилием, которое большинство пациентов с РМЛ испытали, будучи детьми. Насильственные преступления, совершаемые пациентами с РМЛ, отражают насилие, которому они подверглись в детском возрасте. “Зашитники” также формируются в ответ на перенесенное пациентом в детстве насилие и, инкапсулируя болезненные воспоминания, позволяют индивиду адаптироваться и функционировать в обществе [5].

Не менее уважаемые коллеги существуют, однако, и в лагере противников РМЛ.

Tak Dr. Paul McHugh — руководитель кафедры психиатрии в одном из наиболее престижных в США медицинских ВУЗов — медицинской школе университета Джона Хопкинса (Johns Hopkins University) в Балтиморе, штат Мэриленд, пишет: “...Как эпидемия колдовства служила доказательством появления сатаны в Салеме⁵, так и в наши дни эпидемия РМЛ используется для подтверждения того, что огромное число взрослых были подвергнуты сексуальному насилию в детстве” [6]. По его мнению, симптомы, отмечавшиеся у женщин Салема 300 лет назад и наблюдавшиеся у пациентов с психическим расстройством, обозначаемым в настоящее время как РМЛ, являются проявлением истерии, а не какого-то особого психического расстройства [7]. Более того, Dr. McHugh утверждает, что РМЛ создается самими врачами и является, по сути, ятрогенным расстройством, т.к. в процессе диагностики пациент подвергается массивному косвенному внушению со стороны психотерапевта⁶. Так, психотерапевт задает пациенту вопрос: “Вы когда-нибудь чувствовали, что как будто другая часть Вас делает что-то такое, что не поддается Вашему контролю?” Если пациент отвечает положительно, следует вопрос: “Этот комплекс ощущений имеет имя?”. Даже если пациент не дает никакого имени этому “комплексу ощущений”, психотерапевт может спросить: “Можно я поговорю с этой частью Вас?”. Так целостная личность пациента намеренно разделяется психотерапевтом на несколько “суб-личностей”. Пациент, позволяя психотерапевту говорить с “частью себя”, теряет чувство целостности “я”, фантазии прорываются барьер реальности [8]. Dr. McHugh сравнивает эпидемию РМЛ с эпидемией истеро-эпилепсии, описанной Charcot в 19 веке. Ставший в последующем знаменитым неврологом Babinski, в бытность свою учеником Charcot, упрекнул учителя в том, что

⁵ В 1692 г. в г. Салем, штат Массачусетс по обвинению в колдовстве были приговорены к смертной казни 19 человек и сотни провели многие месяцы в тюрьме без суда, пока истерическая эпидемия “охоты на ведьм” не пошла на спад.

⁶ Смысловое значение американского термина “психотерапевт” отличается от российского. В США и психиатр, и психолог, и социальный работник, и специалист по семейному консультированию, имеющие лицензию на проведение тех или иных видов психотерапии, могут называть себя психотерапевтами.

Charcot сам способствует развитию у своих пациентов истерио — эпилепсии, помещая их в те же палаты, где находятся пациенты с эпилепсией и истерией. Разделив пациентов и инструктировав персонал не обращать внимания на “усвоенные” пациентами симптомы, Charcot убедился в правоте своего ученика: без подкрепления извне симптомы исчезали [9].

“Правила, открытые Babinski и Charcot, вошедшие сегодня в учебники психиатрии и подтвержденные десятилетиями исследований в социальной психологии, игнорируются в разгар национальной эпидемии мнимого РМЛ, что губительно как для пациентов, так и для врачей, — пишет Dr. Mc Hugh и рекомендует, — перестаньте обращать внимание на множественные личности. Прекратите общаться с ними, делать о них записи, обсуждать на конференциях. Обращайте внимание на реально существующие проблемы и конфликты, а не на фантазии. Если следовать этим простым, знакомым правилам, множественные личности вскоре исчезнут” [10].

Между тем, Dr. Kluft — профессор психиатрии в медицинской школе университета Темпл и известный апологет РМЛ утверждает, что врач, отмахивающийся от чередующихся личностей при РМЛ, как от чего-то недостойного внимания, попросту избегает тщательного анализа многих аспектов психической жизни пациента. [11]. Согласно Dr. Kluft, диагностику РМЛ затрудняет то обстоятельство, что лишь 20 % пациентов проводят большую часть своей жизни с четкими симптомами РМЛ. У других 40 % признаки, наводящие на мысль о наличие РМЛ, может обнаружить лишь очень внимательный клиницист, в то время как другие врачи просто не обратят на них внимания. Остальным 40 % диагноз РМЛ устанавливается лишь после обследования, какие-либо внешние признаки, заставляющие предположить наличие РМЛ до проведения такого обследования, отсутствуют [12].

Dr. Richard Lowenstein — руководитель отделения диссоциативных расстройств в Sheppard and Enoch Pratt Hospital в Таусоне, штат Мэриленд считает, что неправильно, называть симптомы РМЛ истерическими. Концепция истерии, по его мнению, скомпрометировала себя как однобоко-ограниченная, архаичная, сексистская, основывающаяся на свойственном XIX веку чисто мужском взгляде на личность женщины [13].

Mass media и РМЛ

Можно долго продолжать приводить “за” и “против” авторитетных американских коллег — количество публикаций в Америке о РМЛ просто поражает воображение. Отвлечемся, однако, от диагностических дискуссий. Зададим вопрос: почему психическое расстройство, о котором до середины 1950 гг. практически никто ничего не знал, достигло в США к началу 1990 гг. эпидемических пропорций?

С моей точки зрения, история с РМЛ в Америке — одно из наиболее убедительных доказательств мощи и тотальности этого brain-washing эффекта, продуцируемого современными mass media.

Факты таковы: до 1964 г. в мировой психиатрической литературе были описаны лишь 6 случаев РМЛ [14]. Между тем, в 1957 и 1973 гг. в США вышли две книги : “The Three Faces of Eve”⁷ (“Три лица Евы”) и “Sybil”⁸ (“Сивилла”), в которых симптомы РМЛ получили захватывающую художественную интерпретацию. Книги стали бестселлерами, по обеим были сняты удостоившиеся премий фильмы, имевшие большой кассовый успех. “Куй железо пока горячо” — уловив интерес публики, американские газеты и журналы бросились наперебой печатать полуфантастические истории о РМЛ. В дело включилось телевидение. Phil Donahue (помните его с В. Познером телемосты: СССР — США во времена Горбачева?) был, возможно, первым, сделавшим talk show о РМЛ. За ним последовали другие, даже Larry King — один из наиболее уважаемых людей на американском телевидении, в программе которого несколько лет назад выступал и нынешний президент России.

Dr. Bennet Braun — руководитель первого в США специализированного отделения диссоциативных расстройств в Rush-Presbyterian-St. Luke’s Medical Center в Чикаго пришел в студию телевидения вместе со своим пациентом, который тут же перед телекамерами в прямом эфире продемонстрировал как одна его личность сменяет другую [15]. Звезды шоу-бизнеса (комедийная актриса Roseanne, поп-певица La Toya Jackson — сестра Michael Jackson, Oprah Winfrey — одна из самых известных и богатых черных американок, ведущая высоко рейтингового talk show на телевидении и др.) одна за другой стали рассказывать истории о перенесенном ими в детстве сексуальном насилии. Некоторые нашли у себя признаки РМЛ: Roseanne, например, насчитала в самой себе двадцать одну личность, включая Piggy (поросенок), Bamby (олененок) и Fucker (распутница) [16].

В среде частнопрактикующих психиатров сформировалось мощное лобби, активно действовавшее в направлении “легализации” диагноза РМЛ. Усилия, подчас, мотивировались не столько теоретическими, сколько практическими, а точнее, финансовыми соображениями — введение диагноза в DSM давало основание требовать от страховых компаний оплаты лечения пациентов с РМЛ. Это, в свою очередь, означало бы, что длившееся годы лечение, стоимость которого иногда превышала один миллион долларов, становилось доступным не только богатым пациентам, способным оплачивать его самостоятельно, но и

⁷ Thigpen C., Cleckley H. The Three Faces of Eve. New-York, McCraw-Hill, 1957.

⁸ Schreiber F. Sybil: The True Story of a Woman Possessed by Sixteen Separate Personalities. Chicago, IL, Regneri, 1973.

значительно большему числу пациентов со средним доходом. Усилия оказались не напрасны — в 1980 г. РМЛ нашло свое место в DSM-III. В результате в период 1985 – 95 гг. диагноз РМЛ был установлен примерно 40 тысячам пациентов, а ежегодное количество публикаций о РМЛ с 1970 по 1990 гг. увеличилось на шесть тысяч процентов [17].

Лечение с помощью восстановленных воспоминаний

Основной метод лечения РМЛ — Recovered Memory Therapy (лечение с помощью восстановленных воспоминаний) получил широкую известность, благодаря нескольким книгам, в частности, бестселлеру “The Courage to Heal”⁹ (“Смелость лечить”), проданному в количестве более чем три четверти миллиона экземпляров и двум учебным пособиям для профессионалов, написанных Colin Ross¹⁰ и теперь уже известным и в России Frank Putnam¹¹.

Цель лечения — собрать, слить, спаять, интегрировать в целостную личность “отщепившиеся” от личности-хозяйки в результате тяжелой детской психотравмы alters.

Для “восстановления” подавленных воспоминаний, относящихся к перенесенному в детстве сексуальному насилию, применяется “возрастная регрессия и направляемая визуализация” (age regression and guided visualization). Пациенту предлагается вообразить возможные обстоятельства или предполагаемые сцены случившегося с ним в детстве для того, чтобы “разбудить” подавленные воспоминания. Для “устранения барьеров” к восстановлению в памяти подавленных (забытых) переживаний применяют гипноз и амитал-натриевое растормаживание [18].

Между тем, для многих пациентов и их родственников результаты лечения с помощью восстановленных воспоминаний обернулись трагедией. Пациенты, “вспомнив” в процессе лечения о том, как 20 – 30 или более лет назад, будучи детьми, они “подверглись сексуальному насилию” со стороны своих родителей или близких, стали обращаться в суды с исками к ним. Распадались семьи, рушились родственные связи. Американская медицинская ассоциация (AMA) еще в 1985 г. обращала внимание, что воспоминания, полученные в результате применения гипноза и таких процедур, как “направляемое воображение” (guided imagery), могут включать в себя конфабуляции, ложные воспоминания и не только не являются более точными, но в действительности оказываются менее надежными, чем воспоминания без применения гип-

ноза. AMA подчеркивала, что не существует методов, которые могли бы надежно показать, является ли истинным или ложным каждое конкретное воспоминание в каждом конкретном случае [19].

К началу 1990 годов профессиональные журналы и mass media стали все чаще обращать внимание на подобные случаи. В 1993 г. Американская психиатрическая ассоциация также выступила с предостережением о том, что воспоминания, добывшиеся в результате лечения с помощью восстановленных воспоминаний и, в частности, в результате применения гипноза, могут быть ненадежными и часто не являются истинными [20].

В среде пациентов постепенно начало формироваться убеждение, что воспоминания о совершенном в отношении их сексуальном насилии со стороны близких родственников, являются не их собственными, но внедрены в их сознание психотерапевтами в процессе лечения с помощью восстановленных воспоминаний и теперь уже не родственники, но психотерапевты, все чаще становились ответчиками по искам пациентов.

Иски пациентов, подвергавшихся лечению с помощью “восстановленных воспоминаний”, к психотерапевтам

Одно из наиболее известных в США дел подобного рода — Burgus v. Rush Presbyterian St. Luke’s Medical Center, et al. [21].

В начале марта 1986 г. у Patricia Burgus была диагностирована тяжелая послеродовая депрессия, и пациентка была направлена в психиатрическое отделение больницы Rash-Presbyterian-St. Luke в Чикаго, где к тому времени была только что открыта секция диссоциативных расстройств, руководимая Dr. Bennett Braun (тем самым психиатром, который явился в студию чикагского телевидения вместе со своим пациентом с РМЛ). Согласившись на госпитализацию, г-жа Burgus, у которой по поступлении было диагностировано в дополнение к ранее установленному диагнозу еще и РМЛ, в течение 2 лет и 3 месяцев находилась на стационарном лечении в секции диссоциативных расстройств и еще в течение 3 лет после выписки из стационара — на амбулаторном лечении, подвергаясь в течение всего этого времени лечению с помощью восстановленных воспоминаний в дополнение к терапии седативными и антипсихотическими препаратами. В процессе гипнотерапии у пациентки “развились” многочисленные “добавочные личности”, с помощью которых она “вспомнила” “подавленные воспоминания”, такие как, например, свое членство в секте сатанистов, сексуальное насилие, совершенное многими мужчинами в отношении ее детей и ее самой в детстве, и каннибализм.

Более того, примерно через неделю после госпитализации г-жи Burgus, у нее и ее мужа было запрошено согласие на госпитализацию в психиатрическое отделение той же самой больницы также и двоих их детей:

⁹ Bass E., Davis L. *Courage to Heal*. New-York, Harper & Row, 1988.

¹⁰ Ross C. *Multiple Personality Disorder: Diagnosis, Clinical Features, and Treatment*. New-York, Wiley, 1989.

¹¹ Putnam F. *Diagnosis and Treatment of Multiple Personality Disorder*. New-York, Guilford, 1989.

John (которому в то время было 4 года) и Mikey (5 лет).

По получении согласия оба ребенка были госпитализированы и в течение трех лет их пребывания в стационаре подвергались лечению с помощью восстановленных воспоминаний и получали психотропные препараты. При этом, как следовало из заявления г-жи Burgus в суд, ее детей “поощряли” развивать в себе “дополнительные личности” и подвергали различным суггестивным методам, включавшим в себя, например, демонстрацию им огнестрельного оружия и наручников.

Сама г-жа Burgus, воспринимавшая вначале свои “восстановленные воспоминания” как воспоминания о реальных событиях своей жизни, в последующем пришла к заключению, что все они являются ложными и “имплантированы” психиатром в ее сознание в процессе лечения гипнозом. В последующем пациентка предъявила иск больнице и лечившим ее и ее детей психиатрам, обвиняя их в неправильной диагностике, преступной небрежности при выборе и проведении лечения, а также в том, что она не была предупреждена об опасностях (в т.ч. возможной психической травме), связанных с лечением с помощью восстановленных воспоминаний, и таким образом, ее согласие на лечение не было информированным.

Кроме того, больнице и психиатру, лечившему детей, был предъявлен отдельный иск от имени детей пациентки, в котором утверждалось, что, несмотря на установленный обоим диагноз РМЛ, никто из них в действительности не страдал этим расстройством, как и каким-либо другим расстройством, которое бы оправдывало их трехлетнее пребывание в психиатрическом стационаре. Иск требовал возмещения ущерба, нанесенного пациентке (потеря трудоспособности) в результате неправильного лечения, материальной компенсации психических страданий пациентки и ее детей, а также компенсации 2,8 млн. долларов стоимости самого лечения [22].

Руководитель отделения диссоциативных расстройств Dr. Braun, защищаясь от обвинений пациентки, утверждал, что ее воспоминания не были “имплантированы” им, но были “генерированы” самой пациенткой. “Она буквально выпалила их... Всю эту чепуху о секте [сатанистов], о которой она говорила, я узнал от нее. Мысль принести мясо была ее. Я просто сказал, что если он [муж пациентки] принесет мясо, я попробую отдать его на анализ содержания человеческого протеина [чтобы установить, человеческое ли это мясо или нет]. Да, дети видели наручники. Они видели ружье. Но это делалось с терапевтической целью” [22]. Незадолго до планировавшегося рассмотрения иска в суде ответчики решили уладить дело во внесудебном порядке. Пациентка и двое ее детей получили \$10,600,000 (десять миллионов шестьсот тысяч долларов) от страховых компаний двух психиатров и больницы [23]. Дело получило в Америке широ-

кую огласку, в том числе благодаря публикациям в The New York Times. Многие специализированные психиатрические отделения для лечения пациентов с РМЛ были закрыты, а само название “расстройство в виде множественной личности” было заменено в DSM-IV на “диссоциативное расстройство личностной идентичности” [24].

Еще одно дело, на которое стоит обратить внимание — Ramona v. Ramona [25]. Для меня Ramona -доказательство не просто ненадежности информации, получаемой в результате лечения с помощью восстановленных воспоминаний, но еще одно подтверждение реальной опасности для пациентов и их близких продолжающегося процесса вытеснения из психотерапии врачей (психиатров) и заполнения ее специалистами, не имеющими медицинского образования, опасности “демедицизации” психиатрии.¹²

Обстоятельства дела таковы: в августе 1988 г. врач семьи Ramona диагностировал у Holly Ramona — студентки Калифорнийского университета (Irvine) булимию и направил пациентку к Ms. Isabella — лицензированному консультанту (не врачу) по вопросам семейных, брачных отношений и воспитания детей, чья практика была связана главным образом с лечением расстройств приема пищи. В течение примерно полугода Ms. Isabella проводила индивидуальные психотерапевтические сессии с Holly, в процессе которых у пациентки постепенно возникли смутные воспоминания о том, что она в возрасте 5 – 8 лет подвергалась сексуальному насилию со стороны своего отца Gary.

Последующие психотерапевтические сеансы стали концентрироваться, главным образом, на этих неясных воспоминаниях пациентки. Через некоторое время матери Holly — Stephanie сообщили об этих “восстановленных” с помощью психотерапии, но пока еще смутных воспоминаниях ее дочери. Ms. Isabella, предположив, что булимия пациентки вызвана “сексуальной психотравмой”, направила ее к психиатру Dr. Rose для проведения пациентке серии амитал-натриевых растормаживаний с целью “полного восстановления подавленных воспоминаний”. В процессе растормаживаний пациентка “отчетливо вспомнила” эпизоды совершения отцом в отношении нее сексуального насилия.

Ms. Isabella, собрав всю семью, включая пациентку Holly, ее отца Gary и мать Stephanie, сообщила отцу о “восстановленных воспоминаниях” его дочери. Кроме того, Ms. Isabella заявила, что совершение отцом пациентки сексуального насилия верифицировано амитал-натриевым растормаживанием, и что амитал натрия действует как “сыворотка правды” (truth serum), т.е. человек, находящийся под воздействием амитал-натрия, не может лгать. Выслушав все это, жена Gary (мать пациентки) потребовала расторже-

¹² О “демедицизации” психиатрии см. НЖП, 2003, 4, 13 – 18.

ния брака с ним, дочь обратилась в суд с иском к своему отцу, требуя компенсации за нанесенный ей психологический вред, а работодатель, узнав об обвинении Gary в насилистенных действиях сексуального характера в отношении дочери, уволил его с работы.

Gary обратился в суд с встречным иском к Ms. Isabella, Dr. Rose и медицинскому центру Western, где проводилось амитал-натриевое растормаживание. Истец потребовал денежной компенсации за неосмотрительное причинение ему эмоциональных страданий. Он представил в суде убедительные доказательства, что Ms. Isabella проявила профессиональную некомпетентность, создав у пациентки, ее матери и отца (истца в данном деле) ложное представление, что амитал натрия является "сывороткой правды", и что воспоминания, полученные под воздействием амитал-натрия, являются совершенно надежными. Истец также представил убедительные доказательства, что лечение методом восстановленных воспоминаний вместе с амитал-натриевым растормаживанием не было походящим методом лечения булимии. Жюри присяжных вынесло решение в пользу истца, обязав ответчика выплатить Gary Ramona компенсацию в размере четырехсот семидесяти пяти тысяч долларов США [26].

Письмо Бардена

В 1995 г. Prof. R. Christopher Barden — руководитель курса "Право, психиатрия и психология" в школе права университета штата Миннесота, выступил с обращением (под которым подписались около 30 видных американских психологов) к председателю юридического комитета Палаты Представителей Конгресса США. В этом документе, более известном как "письмо Бардена", обращалось внимание на то, что лечение с помощью восстановленных воспоминаний, являясь противоречивым, экспериментальным, потенциально опасным для пациентов методом, оплачивается, тем не менее, из кармана налогоплательщиков [27].

«Для всякого законопослушного врача очевидно, что оплата счетов из фондов Medicaid¹³ и Medicare¹⁴ за лечение с использованием противоречивых методов, с недоказанной эффективностью и потенциально опасных для пациента представляет собой мошенничество в отношении американских налогоплательщиков... Это явное мошенничество в сфере медицинской помощи также создало беспрецедентные проблемы

¹³ Medicaid — американская программа правительственной помощи малоимущим и лицам, страдающим тяжелыми психическими расстройствами и не имеющим достаточного стажа работы.

¹⁴ Medicare — американская программа правительственной помощи пожилым людям и лицам, страдающим тяжелыми психическими расстройствами и имеющим необходимый рабочий стаж.

для юридической системы. Обвинения в причинении детской травмы, базирующиеся на "восстановленных воспоминаниях" (включая "воспоминания" о сексуальном насилии со стороны родителей, родственников, "сект" и "инопланетян" с НЛО) достигли эпидемических пропорций. Эти в большинстве своем неподтвержденные обвинения пытаются и поддерживаются массовой истерией детского сексуального насилия, которая по количеству разрушенных жизней значительно превосходит суды над ведьмами в Салеме в 1692 г. и Маккартистские слушания 1950-х гг.

Жестокое обращение с детьми слишком серьезная социальная проблема¹⁵, чтобы обращаться с нею столь безответственно. Мы всячески поддерживаем введение эффективных программ для уменьшения случаев злоупотребления детьми, помохи жертвам жестокого обращения и наказания тех, кто причиняет вред детям. Однако усилия для достижения этих целей должны базироваться на фактах, но не на предрасудках, на научных знаниях, но не на истерии, на разуме, но не на политической идеологии". » [28]

Судебно-психиатрический аспект РМЛ

Возможно, самым неясным и неразработанным аспектом РМЛ является судебно-психиатрический аспект. Вряд ли будет преувеличением сказать, что в России в эту область "не ступала нога человека".

С чем придется столкнуться российскому судебному психиатру в случае, если он рискнет диагностировать РМЛ или, пользуясь приведенным в адаптированной для России МКБ-10 названием, "сложную личность", например, у обвиняемого в уголовном процессе?

Допустим, что РМЛ — клиническая реальность и в данном индивиде "содержатся" личности А, В, С. Если правонарушение совершил индивид, находившийся под контролем личности А, и в процессе предварительного следствия и суда над ним он также находился под контролем личности А, — особых вопросов не возникает. Вопросы, однако, неизбежно возникнут, если правонарушение совершил индивид, находившийся под контролем, например, личности А, но в процессе следственных действий его поступки стала определять личность В, а в период суда ее сменила личность С. Или: правонарушение совершил индивид под контролем личности А, но затем, в процессе предварительного следствия и суда личности А, В, С стали спонтанно сменять друг друга. Что если в индивиде

¹⁵ Организации, занимающиеся защитой детей в США, сообщили в 1993 г. о более чем 2,9 млн. случаев жестокого обращения с детьми. Более 1 млн. приведенных случаев были подтверждены. Из подтвержденных случаев в 15 % имело место сексуальное насилие, 25 % — физическое насилие, 67 % — оставление детей без родительской заботы и помощи. См. Simon R. Bad Men Do What Good Men Dream. American Psychiatric Press. Inc. Washington, DC, 1996 at 187.

не три личности, а шесть или более? И что, если какие-то из этих шести знают о наличии других личностей в индивиде полностью, какие-то — лишь частично, а какие-то не знает вообще? Что, если переход личности А в личность В происходит спонтанно, независимо от воли индивида, а личность С, например, может сменить личность В по желанию индивида?

Обратимся к вопросу о том, как американские суды относятся к заявлениям обвиняемых о наличии у них расстройства в виде множественной личности, и как РМЛ влияет на уголовную ответственность обвиняемого и способность обвиняемого предстать перед судом.

В конце 1970-х начале 1980-х гг. американские суды, впервые столкнувшись с необходимостью решать вопрос о вменяемости обвиняемых с РМЛ, практически полностью полагались в этом деле на заключение специалистов в области психического здоровья, результатом чего стало несколько судебных решений о признании обвиняемых с РМЛ невменяемыми.

Так, в деле State v. William Milligan, 26-летний Milligan из г. Columbus, штат Огайо обвинялся в совершении нескольких изнасилований [29]. В период предварительного следствия он обследовался несколькими специалистами в области психического здоровья. Все они согласились, что обвиняемый обнаруживает признаки РМЛ. Суд вынес решение о неспособности Milligan предстать перед судом и направил его в психиатрическую больницу для восстановления этой способности. После ее восстановления судебные процедуры были продолжены. Было установлено, что обвиняемый совершил изнасилования в то время, когда его физическое тело находилось под контролем не основной личности (личности- хозяина), а одной из десяти замещающих личностей, являвшейся к тому же лесбиянкой(!). Кроме того, обвиняемый ранее ничего не знал о наличии в его индивиде личности лесбиянки, а также об ее действиях. Milligan был признан судом невменяемым и направлен на принудительное лечение в психиатрический стационар [30].

Paul Miskimen, совершивший убийство своей жены в г. Сакраменто, Штат Калифорния, был признан невменяемым с диагнозом РМЛ [31]. Все обследовавшие Miskimen психиатры, согласились, что убийство было совершено не личностью- хозяином, но одной из alters, которые обвиняемый не мог контролировать, а потому не мог предотвратить убийство. В литературе это приводится как первый в США случай, где обвиняемый, совершивший столь тяжкое уголовно-наказуемое деяние, как убийство, был признан невменяемым на основании наличия у него РМЛ [32].

В дальнейшем некоторые американские суды предприняли попытки установить, психическое состояние кого именно (личности-хозяина, alters, или всей этой сложной системы) должно быть исследовано экспертами в области психического здоровья перед тем, как решать вопрос о вменяемости обвиняемого с РМЛ.

В деле Hawaii v. Rodriques 23 летний морской пехотинец был обвинен в содомии¹⁶ и изнасиловании [33]. Rodriques обследовался пятью психиатрами, четыре из которых установили диагноз РМЛ. Лечивший обвиняемого психиатр показал в суде, что обвиняемый проявляет себя тремя личностями: "Rod" — является его основной личностью или "личностью-хозяином". "David" возник, когда Rodriques было 16 лет, и действует, главным образом, в качестве посредника между "Rod" и третьей личностью -"Lucifer", появившейся, когда Rodriques было три года. При этом, по заявлению психиатра, обследовавшего обвиняемого, в период совершения правонарушений поведением Rodriques управляла личность Lucifer. Психиатр также пояснил, что, по его мнению, Rod и David знали о том, что совершаемые сексуальные действия были противозаконны, в то время как Lucifer не беспокоился о том, законны эти действия или запрещены законом, и если Rod и David "могли приспособливать свое поведение к требованиям закона", то Lucifer'a не заботило ни его собственное поведение, ни его последствия. Судья признал обвиняемого невменяемым. Однако это решение было отменено апелляционным судом, отметившим, что само по себе наличие у обвиняемого РМЛ еще не свидетельствует о его невменяемости, и вопрос об этом должен решаться жюри присяжных. Верховный суд штата Гавайи указал, что в случае РМЛ каждая присутствующая в индивиде личность должна быть обследована для установления ее вменяемости. По мнению Dr. Simon, решение Верховного суда штата Гавайи в деле Rodriques отражает растущую тенденцию американских судов рассматривать обвиняемого с РМЛ как если бы это был не один, а несколько человек, каждый из которых ответствен за свое собственное поведение [34].

Особенно запутанной оказывается ситуация, когда у обоих: и у обвиняемого, и у потерпевшей диагностируется РМЛ. 45-летний Edward Kelly из Falls Church, штат Вирджиния обвинялся в незаконном проникновении в жилище женщины (с которой он познакомился в психотерапевтической группе, где оба они получали лечение по поводу РМЛ), принуждении ее к совершению с ним орального сексуального акта и изнасиловании [35]. Kelly отрицал обвинения заявляя, что сексуальные действия происходили между "Spirit" — одной из тридцати личностей, "обитающих" в теле обвиняемого, и "Laura" — одной из многих личностей потерпевшей. Если попытаться применить к данному делу стандарт, установленный Верховным судом штата Гавайи, можно себе представить, какую работу потребовалось бы выполнить американским коллегам, обследуя каждую из 30 "содержащихся" в

¹⁶ Содомией во многих штатах США называется не только половое сношение с животными, но и принуждении индивидуума к совершению орального или анального полового акта.

обвиняемом личностей. Кроме того, если бы защитой был поднят вопрос о способности потерпевшей с РМЛ правильно воспринимать обстоятельства, имеющие значение для дела и давать о них показания, а также о ее способности понимать характер и значение совершаемых с нею действий, психиатрам, по — видимому, пришлось бы таким же образом анализировать и все “содержащиеся” в потерпевшей многочисленные личности с целью установления вышеуказанных “способностей” в отношении каждой из них.

Между тем с начала 1990-х гг. американские суды стали строже подходить к вопросу о допустимости в качестве доказательств заключений психиатров о наличии у обвиняемого признаков РМЛ и, в особенностях, о психическом состоянии обвиняемого с РМЛ в период совершения им уголовно-наказуемых деяний.

Один из примеров такого подхода — решение Верховного Суда штата Вашингтон в деле *State v. Wheaton* (1993) [36]. Как следует из текста судебного решения, у Wheaton было диагностировано РМЛ с наличием личности-хозяина (host) и одной дополнительной личности (alter). В период совершения правонарушения физическое тело Wheaton находилось под контролем дополнительной личности [37]. И обвинение, и защита согласились, что основная личность (host) ничего не знала о действиях физического тела Wheaton и не могла контролировать его поведение в период совершения правонарушения. Эксперт защиты дал заключение, что психическое состояние личности-хозяина (host) отвечает стандартам невменяемости, установленным в штате Вашингтон. Суд, однако, отказался допустить в качестве доказательства по делу данное заключение эксперта, указав, что научным сообществом еще не разработаны надежные методы, которые можно было бы применить для оценки психического состояния обвиняемого с расстройством в виде множественной личности в период совершения правонарушения [38].

С точки зрения полноты и глубины анализа психического состояния обвиняемого с РМЛ особый интерес для судебных психиатров представляет решение Верховного Суда штата Вашингтон в деле *State v. Green* (1999) [39].

В 1988 г. Green впервые был осужден за совершение непристойных действий сексуального характера. Находясь в местах лишения свободы, он был включен в программу лечения сексуальных правонарушителей. В процессе гипнотерапии “выяснилось”, что Green проявляет себя двадцатью четырьмя отдельными личностями и несколькими личностными фрагментами, у него было диагностировано РМЛ. Освободившись в 1992 г., он продолжал амбулаторное психотерапевтическое лечение. В 1994 г. при очередном посещении его медицинской сестрой, Green напал на нее, совершил в отношении нее сексуальное насилие, и оставил ее в своем доме связанную и с кляпом в рту, уехал на автомобиле потерпевшей.

Вскоре Green был задержан полицией и обвинен в совершении насильственных сексуальных действий и похищении человека. В суде Green заявил, что страдает РМЛ и считает себя невменяемым в отношении содеянного. При этом он утверждал, что “Тугоне” (одна из его чередующихся личностей) был подстрекателем правонарушения. Согласно показаниям Green, “Тугоне” проявляет себя как ребенок дошкольного возраста и не способен понимать существование своих действий или их противозаконность. Обвиняемый также заявил, что, по крайней мере, четыре из его 24 чередующихся личностей управляли его физическим телом в период совершения правонарушения.

Судья не принял в качестве доказательства по делу экспертное заключение психиатра стороны защиты о наличии у обвиняемого РМЛ, сославшись на то, что диагноз РМЛ не является общепризнанным в психиатрическом сообществе, и заключение эксперта в данном случае не помогает суду решить вопрос о вменяемости обвиняемого. Присяжные признали Green виновным.

Green подал апелляцию, и апелляционный суд штата отменил решение нижестоящего суда, отметив, что РМЛ соответствует Frye тесту¹⁷ и является уместным при осуществлении защиты как на основании невменяемости, так и на основании уменьшенной способности сформировать преступный умысел. Сторона обвинения не согласилась с решением апелляционного суда штата, и дело рассмотрел Верховный Суд.

Верховный Суд штата Вашингтон указал, что суд первой инстанции допустил ошибку, заключив, что РМЛ не является общепризнанным среди специалистов в области психического здоровья. Так, Dr. Olsen — эксперт защиты показал, что РМЛ принято научным сообществом, хотя есть и те, кто сомневается в научной обоснованности диагноза. Он отметил, что уровень согласия среди психиатров относительно каждой отдельной категории (исключая, возможно, умственную отсталость) в DSM не превышает 85 % [40].

Эксперт стороны обвинения — психолог Dr. Gagliardi фактически не оспаривал мнение эксперта защиты, отметив, что он сам несколько раз устанавливал пациентам диагноз РМЛ. Он допустил, что остается некоторая неясность относительно научной обоснованности РМЛ, но привел данные двух опросов, согласно которым уровень согласия профессионалов относительно правомерности выделения РМЛ в отдельную диагностическую категорию составил в одном

¹⁷ “Тест Frye” установлен в деле *Frye v. United States* (1923). Согласно этому тесту, базовое положение, из которого выводятся научные доказательства должно быть в достаточной степени признанным в той специфической области, которой оно принадлежит. См. также НПЖ, 2003, 3, стр. 74.

случае 80 %, в другом — 60 – 80 %, и пришел к заключению, что РМЛ, как диагностируемое психическое расстройство, является общепризнанным в научной среде специалистов в области психического здоровья” [41].

Суд, согласившись, что доступная литература и доказательства, приводимые в данном случае, свидетельствуют, что большинство научного сообщества признает РМЛ как диагностируемое психическое расстройство, тем не менее, отметил: “Наше заключение, что научные принципы, лежащие в основе диагноза РМЛ являются общепризнанными в научном сообществе, не обязательно означает, что такое доказательство допустимо в каждом конкретном случае. Даже являясь общепризнанным в принципе, предлагаемое научное доказательство не может быть принято... если оно не помогает суду установить истину в данном конкретном случае, т.е не является уместным или имеющим значение для дела” [42].

По мнению суда, эксперт защиты Dr. Olsen, возможно, и был готов свидетельствовать о психическом состоянии “дополнительной личности”, как предполагается, контролировавшей поведение обвиняемого в период совершения правонарушения, но не был готов дать заключение о психическом состоянии Mr. Green (обвиняемого) как индивидуума. Объяснение Dr. Olsen на этот счет было следующим: я “не был уверен, кто есть Mr. Green... Личность — хозяин (host) представляется вменяемой. Но я не в состоянии вынести суждение о вменяемости целостной системы” [43].

Эксперт стороны обвинения Dr. Gagliardi, отвечая на вопрос суда о том, как профессиональное научное сообщество относится к вопросу о вменяемости пациентов с РМЛ, ответил, что мнения очень разнородны и что идентификация личностей при РМЛ столь же непределена как и концепция самой личности и, что трудно сказать, где кончается одно личностное состояние и начинается другое. Попытка определить личностные состояния или alters, существовавшие в период совершения правонарушения, осложняется возможностью “информационной утечки” от одной личности к другой, контроля одной alter со стороны другой, а также наличием в индивиде личностей, знающих о существовании друг друга. По словам Dr. Gagliardi: “Имей мы надежную информацию о том, как эти личностные системы функционировали совместно и как эта информация распределялась внутри индивида, мы могли бы начать отвечать на эти вопросы [о вменяемости], но мы не располагаем такой информацией”. [44].

В смысле глубины анализа психиатрических, правовых и даже философских вопросов, возникающих при определении психического состояния обвиняемого с РМЛ в период совершения правонарушения, часть текста судебного решения, которую я сейчас хочу процитировать, представляется мне особенно важной. “Как и в Wheaton, эксперты, стороны и ami-

ci¹⁸ призывают нас принять специфический подход для определения, был ли индивид, страдающий РМЛ, невменяем в период совершения правонарушения. Различные подходы отличаются, главным образом, тем, на какой личности или на каких личностях должно сконцентрироваться психиатрическое обследование. Так, подход может фокусироваться на психическом состоянии личности — хозяина (host) в период совершения правонарушения или, наоборот, на психическом состоянии alter, контролировавшей [поведение обвиняемого] в период правонарушения, или, возможно, на психическом состоянии каждой из имеющихся alters в период совершения противоправных действий (в соответствии с этим подходом, если какая-то из значимых личностей не знает о правонарушении или не соглашается его совершить, такие невиновные “личностноподобные” (personlike) структуры не заслуживают того, чтобы страдать от наказания). Исходя из экспертных свидетельств и доказательств в данном деле, однако, ни один из этих различных подходов не был принят в качестве дающего результаты, способного реально помочь разрешить вопросы относительно вменяемости и/или психического состояния в правовом смысле. Замечание Dr. Olsen, что он “не уверен, кто есть Mr. Green” отражает основную природу и трудности вопроса, стоящего перед нами, т.е. когда лицо, страдающее РМЛ, обвиняется в совершении преступления, возникает вопрос: “На кого возложить вину?” (Who is the proper defendant?). Определение вменяемости в этом контексте может быть рассмотрено только после установления, кто должна нести ответственность за преступления личности-хозяина (host) или, возможно, одной или более alters. Это, в свою очередь имеет отношение к научной возможности установления alters, контролирующих и/или осознающих [поступки обвиняемого] в период совершения противоправного деяния.

Недостаточно сказать, что личность-хозяин не осознавала поступки индивида в период совершения правонарушения. Этого было бы достаточно, если бы фокус внимания был на личности-хозяине. Однако, если фокус внимания на alter, контролировавшей поведение индивида (как это установил суд), вопрос должен быть — осознавала ли эта alter поведение индивида в период совершения правонарушения. Таким образом, факт, что личность-хозяин не осознавала действия индивида в период правонарушения, не помогает разрешить вопрос, стоящий перед нами: разумно ли сосредоточить внимание на alter? ... Мы признаем, что в конечном итоге, вопрос о том, кто должен отвечать за совершенное правонарушение — право-

¹⁸ amici или amici curiae — “друзья суда” — лица или организации, не являющиеся сторонами в судебном процессе, но которым позволено информировать суд относительно определенного вопроса права или факта, имеющего отношение к делу. См. Merriam-Webster’s Dictionary of Law. Merriam-Webster, Inc., Springfield, Massachusetts, 1996, at 25.

вой вопрос. В данном контексте, однако, ответ зависит, главным образом, от способности научного сообщества помочь суду в понимании того, как РМЛ влияет на индивидуумов, страдающих от него, и как это может относиться к определению виновности. Мы не исключаем, что возможен случай, когда [специалисты в области психического здоровья] могут дать надежное заключение о психическом состоянии обвиняемого с РМЛ в период совершения им правонарушения. Однако, базируясь на доказательствах и показаниях, имеющихся в деле, мы не находим этого в данном случае” [45].

Верховный Суд штата Вашингтон решил, что, хотя РМЛ общепризнано психиатрическим и психологическим сообществами, в данном случае заключение эксперта о наличии у обвиняемого РМЛ было правильно исключено судом нижней инстанции из доказательств по делу, т.к. невозможно научно связать симптомы РМЛ с вопросом о вменяемости [46].

Судья Alexander, согласившись с решением большинства суда в целом, не согласился с мнением суда об “общепризнанности” РМЛ. Он сослался на представленные стороной обвинения доказательства о существовании значительных разногласий между экспертами относительно обоснованности выделения РМЛ как отдельной нозологической категории. Упомянув ряд публикаций, и в частности, относящиеся к 1999 г. исследование, согласно которому только около 1/3 из 301 опрошенных сертифицированных американских психиатров ответили, что РМЛ следует включить в DSM-IV без оговорок, судья Alexander заключил: “Хотя я не оспариваю, что РМД никогда не достигнет общего признания в соответствующем научном сообществе, я уверен, что обоснованность диагноза РМЛ остается открытым вопросом. С моей точки зрения, мнение большинство [суда] заходит слишком далеко, когда провозглашает, что РМЛ достигло общего признания психиатрического и психологического сообществ”¹⁹ [47].

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Для психиатра, получившего профессиональную подготовку, живущего и работающего в России, кое-что в данной статье может показаться спорным, даже невероятным. Хочу заметить, что я неставил пе-

¹⁹ Дело State v. Green получило свое продолжение, перейдя со штатного на федеральный уровень. 8 июня 2001 г. окружной федеральный судья Marsha J. Pechman решила, что суд нижней инстанции, вынося решение по делу Green, был обязан установить стандарты, которыми жюри присяженных должно было руководствоваться при решении вопросов уголовной ответственности обвиняемых с РМЛ. Штат планировал оспорить это решение в федеральном апелляционном суде для 9 округа. Green продолжает находиться в тюрьме штата Вашингтон в ожидании решения апелляционного суда. См. Judge overturns conviction of multi-personality defendant. June 8, 2001 Legal Update 2001. On line at: www.leadershipcouncil.org/Justice/2001/2001.html.

ред собой задачу убедить коллег в правомерности или неправомерности выделения РМЛ в качестве отдельной диагностической категории. Цель была одна — познакомить русскоязычных психиатров с ситуацией с РМЛ в США к началу XXI века.

ЛИТЕРАТУРА

1. Rath-Vegh I. From the History of Human Folly, Corvina Press, Budapest, 1963, 289.
2. Simon R. Bad Men Do What Good Men Dream, American Psychiatric Press, Inc., Washington, DC, London, England, 1996, 362.
3. Desk Reference to the Diagnostic Criteria from DSM-IV-TR tm, Published by the American Psychiatric Association, Washington, DC, 2000, 370.
4. Simon R. Bad Men Do... at 199.
5. Ibid. at 183 – 187.
6. McHugh P.: Multiple Personality Disorder, The Harvard Mental Health Letter, Vol. 10, No. 3, September 1993, p. 5.
7. Ibid.
8. Ibid.
9. Ibid. pp. 4, 5.
10. Ibid. pp. 5, 6.
11. Simon R. Bad Men Do... at 198.
12. Ibid. at 199.
13. Ibid. at 198.
14. Reisner R., Slobogin C., Rai A. Law and the Mental Health System. 3rd ed. West Group. St. P. Minn. 1999, at 157.
15. Acocella J. The Politics of Hysteria, The New Yorker, April 6, 1998, p. 68.
16. Ibid.
17. Ibid. pp. 64, 66.
18. Reisner R., Slobogin C., Rai A. Law and the Mental Health... at 158.
19. Scientific Status of Refreshing Recollection by the Use of Hypnosis. Journal of the American Medical Association, Apr.5, 1985, Vol. 253, No. 13.
20. Reisner R., Slobogin C., Rai A. Law and the Mental Health... at 163.
21. Burgus v. Rush Presbyterian St. Luke's Medical Center et.al. (Cir. Ct. of Cook County, IL, No. 91L8493 and 93L14050.
22. Ibid.
23. Memory Therapy Leads to a Lawsuit and Big Settlement, The New York Times, Nov.5, 1997, p. 1.
24. Acocella J. The Politics of Hysteria... at 76, 78.
25. Ramona v. Ramona, No. Civ. 61898 (Sup. Ct. Napa County 1994).
26. Ibid.
27. Barden Ch. “Barden Letter” of January 5, 1995, on line at www.stopbadtherapy.com/reform/letter.html.
28. Ibid.
29. Multiple Personalities: Looks at the 10 Faces of an Ohio Rapist. People Weekly, Jan 8, 1979, p. 40.
30. Ibid.
31. Wilson W. Planner found legally insane in wife's strangulation slaying. Sacramento Bee, April 18, 1980, p. 1 and 24.
32. Ibid.
33. Simon R. Bad Men Do... at 202.
34. Ibid. at 202 – 203.
35. Ibid. at 203.
36. State v. Wheaton, 121 Wn. 2d 347, 850 P. 2d 507 (1993).
37. Ibid. at 349.
38. Ibid. at 354 – 355.
39. State v. Green, 139 Wn.2d 64 (1999).
40. Ibid. at 72.
41. Ibid.
42. Ibid. at 73.
43. Ibid. at 75.
44. Ibid. at 76.
45. Ibid. at 77 – 79.
46. Ibid. at 79.
47. Ibid. at 79 – 80.

ИСТОРИЯ



Психиатрический кружок Киевского медицинского института 1926 г.,
все восемь членов которого стали докторами медицинских наук, а шесть — профессорами.

Сидят:

- проф. Гальперина, нейрорентгенолог, зав. отделом Психоневрологического института им. Бехтерева;
- чл. корр. АМН СССР Леонид Иосифович Смирнов (1889 – 1955), один из основоположников отечественной нейроморфологии, автор фундаментальных работ о травматической болезни головного мозга и о морфологии психических заболеваний, в частности, шизофрении; с 1938 г. зав. морфологическим отделом Центрального нейрохирургического института (ныне им. Бурденко); в 1926 г. прозектор Киевской ПБ и зав. гистологической лабораторией кафедры нервных болезней Киевского института усовершенствования врачей;
- руководитель кружка психиатр Копустынский;
- проф. Александр Соломонович Шмарьян, один из лидеров “психоморфологического направления в психиатрии”;

Стоят:

- проф. А. Л. Абашев-Константиновский, зав. кафедрой психиатрии Киевского института усовершен-

ствования врачей, автор известных работ о психических нарушениях при опухолях головного мозга;

– проф. С. А. Ротенберг, отец вице-президента НПА России Вадима Семеновича Ротенберга, научного секретаря знаменитого симпозиума “Бессознательное”, автора оригинальной концепции о поисковой активности, ныне проф. в Иерусалиме;

– доктор мед. наук П. Лепихов, главный врач Киевской ПБ;

– доктор мед. наук Д. Е. Столбун, отец знаменитого целителя В. Д. Столбuna;

– проф. Сергей Николаевич Савенко, доцент акад. Б. Н. Маньковского, с 1933 г. зав. гистологической лаборатории Л. И. Смирнова; автор первой отечественной докторской диссертации о раке головного мозга (1941); с 1945 г. зав. кафедрой нервных болезней Черновицкого медицинского института; отец президента НПА России;

– проф. Шмаль, декан Киевского медицинского института.

(Из архива Ю. С. Савенко)

40 лет знаменитого интервью Карла Ясперса

Массовые убийства не могут быть оправданы за давностью

Беседа К. Ясперса с Р. Аугштейном*

(журнал "Шпигель", 1965 г.)

Аугштейн: Г-н Ясперс, я предлагаю не касаться в нашей беседе вопроса о том, возможно ли с юридической точки зрения продлить срок давности. Лично я полагаю, что срок давности продлить целесообразно. Меня интересует, как Вы смотрите на данный вопрос с моральной точки зрения.

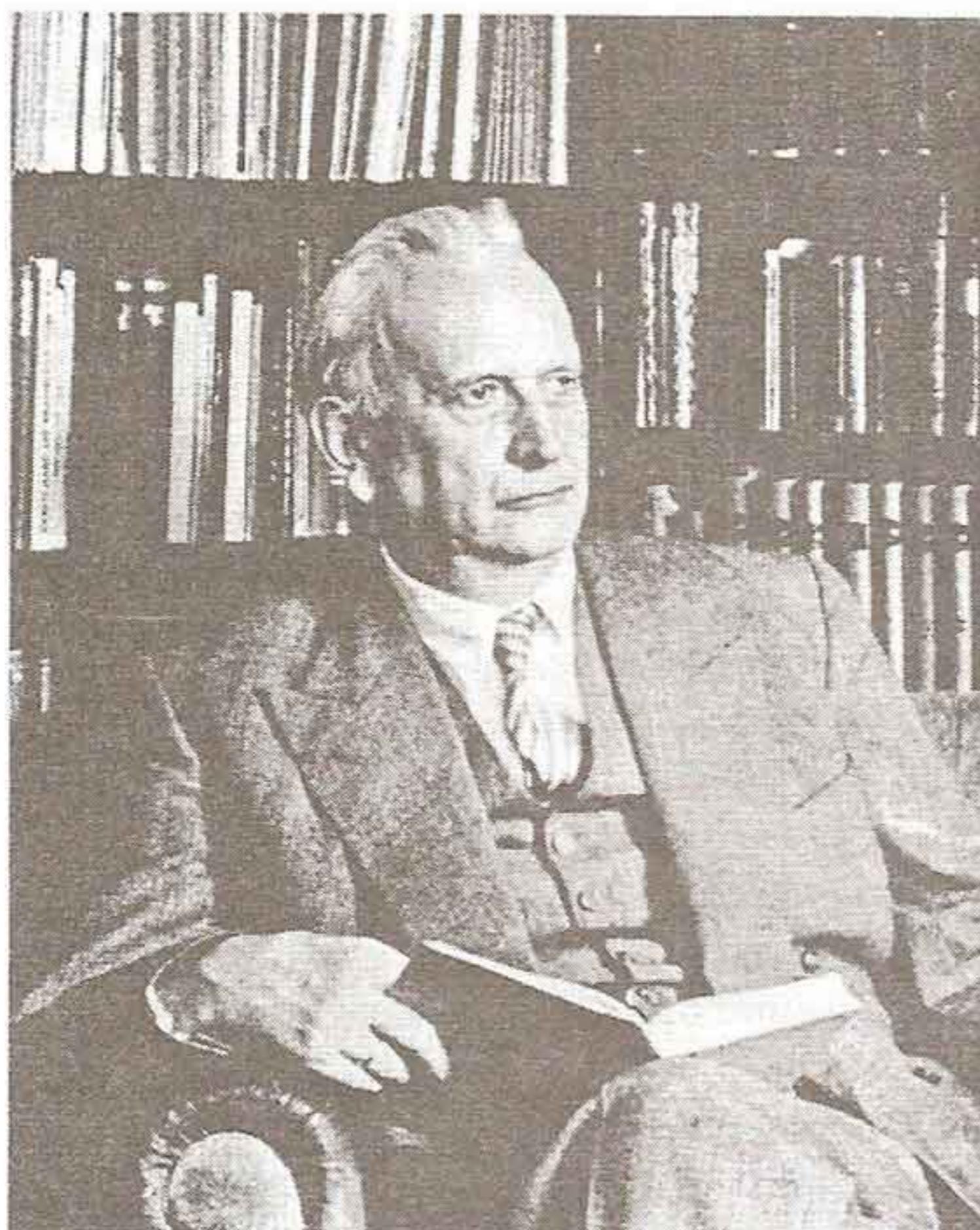
Похоже на то, что процессы нацистских преступников лишь внешне представляют собой юридические акты, а на самом деле являются политическими актами, проводимыми по нормам уголовного кодекса. И это, пожалуй, приводит часто к беспомощности или создает видимость беспомощности.

Вы как-то сказали по поводу военных преступлений: это — преступления, инспирированные политической волей государства, и, следовательно, они не связаны с личностью отдельного преступника. Как мне кажется, это в основном затрагивает весь круг вопросов.

Ясперс: Я хотел бы сначала остановиться на тезисе о том, что право и политику — эти две абсолютно раздельные области — невозможно отделить друг от друга.

Право повсюду в мире основывается на политической воле — политической воле к самоутверждению определенного государственного строя. Поэтому право имеет два источника: указанную политическую волю и идею справедливости. Когда происходят большие события, когда речь идет о повороте в жизни общества, тогда ссылаются на справедливость. В остальное время говорят исключительно о праве, о законном праве, которое должно считаться абсолютным.

Законное право зафиксировано в кодексах, оно имеет силу в государстве, в котором создано. Право существует всегда только в рамках строя, существу-



ющего в данный момент в государстве, которое укрепляется с помощью этого строя.

Когда в истории происходят большие переломы, право создается на основе политической воли, существующий правопорядок приводится в движение, изменяется или даже свергается.

В тот момент, когда что-то случается, делается или хотят чего-то, что представляет собой перелом в истории, например революцию, узаконенное право не имеет абсолютной силы и вновь встает вопрос: что должно иметь силу? И заново принимается решение о том, что теперь из вечной справедливости признается в качестве права.

Мне представляется, что нацистское государство означало небывалый перелом для немцев. Дальнейшая жизнь по законам нацистского государства предполагала бы духовную, нравственно-политическую революцию.

Но у нас преемственность прервана — я говорю сейчас не о преемственности в тех областях, где она существует, несмотря ни на что, — причем действительно прервана в решающем пункте нравственно-политического сознания. Теперь мы создаем предпосылку для желаемого нами политического строя, ибо только при наличии этой предпосылки можно, по-моему, говорить политически разумно.

Аугштейн: Это ясно. Но вспомните следующее: когда Наполеон занял Яффу, он взял в плен 3000 человек, вернее, они сами сдались, так как Наполеон обещал им свободный отъезд. Однако он не выполнил своего обещания и даже не расстрелял их, а в целях экономии пороха и свинца приказал заколоть штыками. Но ведь у большинства этих людей были семьи. И вот эти семьи — женщин и детей — тоже закололи штыками. Несмотря на это, тогда никому не пришла в голову мысль возложить ответственность за убийство на кого-либо еще, кроме самого Наполеона. Сейчас же, вследствие масштабов и характера национал-социалистских преступлений, считается вполне обыч-

* Рудольф Аугштейн — издатель и главный редактор западногерманского еженедельного журнала "Шпигель". — прим. Перев.

Массовые убийства не могут быть оправданы за давностью

ным и правильным привлекать к суду тех, кто в свое время по приказу расстреливал женщин и детей.

Ясперс: Разве Вы не видите здесь существенной разницы? В данном случае преступление совершил Наполеон как олицетворение государства. Но само государство в целом не было преступным.

Самое важное заключается в том, будет ли признано нацистское государство преступным или нет.

Преступным государством является такое, которое в принципе не создает и не признает правопорядок. То, что называется правом и что это государство рождает в потоке законов, представляет для него средство для усмирения и покорения народа, а не нечто такое, что оно само уважает и соблюдает. Оно хочет с помощью силы изменить людей и подчинить себе все человечество. Свой принцип оно подтвердило уничтожением народов, которые, как оно решило, не имеют права существовать на земле.

Положение о том, что нацистское государство было преступным, имеет последствия, без разъяснения которых, на мой взгляд, не могут быть поняты все проблемы, о которых мы говорим.

Любой человек в Германии мог знать, что нацистское государство — преступное. Но нельзя согласиться, что многие этого не знали. Я говорю в данном случае не о преступлении и не о моральной вине, а лишь о политической ответственности.

Следует еще раз повторить политический принцип: сознание необходимости нравственно-политической революции после 1945 года, безграничная воля к прекращению преемственности от преступного государства, понимание необходимости и желание создать что-то новое — все это предпосылка для нас, если у нас есть будущее. В данном случае не может быть различия во мнениях, здесь речь идет о различии в убеждениях и образе мыслей.

Аугштейн: Ныне все, или, скажем, все люди добной воли, видят, что нацистское государство было преступным. Однако в то время требовалась определенная острота мышления и идейное мужество, чтобы осознать это со всеми вытекающими отсюда последствиями. Очень многое притупляло бдительность народа: заключались договоры и союзы с иностранными государствами, проходили олимпийские игры, церковь много раз предупреждала о необходимости занимать лояльную позицию и поддерживать государство. Она благословляла даже вооружение.

Ясперс: К сожалению, все эти факты правильные.

Аугштейн: Итак, мы подходим к моменту, который мне лично представляется наиболее сомнительным. Я задаю себе вопрос относительно правомочности созданного нами государства наказывать за эти преступления. Ведь, насколько мне известно, ни один судья, ни один прокурор времен нацизма никогда сам не представлял перед судьей по уголовным делам. В те времена право нарушалось тысячи, сотни тысяч раз.

И, несмотря на это, преступники из числа юристов под суд отданы не были.

Дело дошло до того, что человек, который, будучи прокурором, отправлял на казнь своих сограждан, председательствовал в земельном суде, когда там рассматривалось дело Зоммера — потерявшего человеческий облик, хотя и несколько слабоумного палача из концлагеря. Здесь, как в фокусе, видна вся суть проблемы. Правомочность наказания представляется мне просто сомнительной.

Если вспомнить далее, каких статс-секретарей терпело это государство в своих министерствах, если подумать, что Глобке, Виалон и Хопф в течение многих лет занимали или продолжают занимать высокие посты, то указанная правомочность предстанет в еще худшем свете.

Но позвольте мне вернуться к сказанному Вами ранее, а именно, что задача состоит в том, чтобы начать в нашем государстве все сначала и в известной мере разрушить мосты к преступному государству. Это приводит нас к еще одному аргументу, выдвигаемому противниками продления срока давности.

Кое-кто говорит, например, что не годится наказывать одних только немцев, причем до седьмого колена, как это делают сейчас. Видным выразителем такого рода взглядов был федеральный министр Штраус, который заявил, что это, дескать, является “потрясением для правосознания человечества и фальсификацией истории, поскольку тем самым утверждают, будто только немцы совершали военные преступления”.

Я все же считаю, что следует обсудить этот аргумент, несомненно отражающий распространенное в Германии, хотя, возможно, и нежелательное для нас мнение.

Ясперс: Если бы этот аргумент был правильным, он не был бы нежелательным. Но он игнорирует коренное различие между военными преступлениями и преступлениями против человечества. **Военные преступления — это преступления против человечности.** Преступления против человечности — это все те чудовищные злодеяния, которые называются военными преступлениями, совершенными по отношению к противнику. **Преступлением против человечества** является претензия на то, чтобы решать, какие группы людей и народы на земле могут жить, а какие — нет, и претворение этой претензии в жизнь путем уничтожения их. Сегодня это называют геноцидом, а можно было бы назвать и массовым убийством.

Массовое убийство в принципе означает приведение в исполнение приговора, вынесенного другим группам людей, народу, который не должен жить на земле. Кто требует такого приговора и приводит его в исполнение, тот совершает преступление против человечества. Такие преступления были совершены по отношению к евреям, цыганам, душевнобольным. Все, кто понял это, заявляют сегодня с ясным созна-

нием: ни один человек не имеет права решать, что какая-то народность не должна существовать. Кто на основании такого приговора производит уничтожение народов и сам принимает в этом участие, тот делает нечто, коренным образом отличающееся от всех известных до сих пор преступлений. Он действует против принципа, заключающегося в существовании и признании человека, как такового. И поскольку он это делает, к нему должен быть применен следующий принцип: с людьми, творящими такое, человечество не может сосуществовать.

Иными словами, подобно тому, как в некоторых государствах прокурор в интересах общества возбуждает дело по обвинению в убийстве, даже если родственники убитого никакого иска не предъявляют, должна выступить какая-либо инстанция человечества, когда одна группа людей уничтожает другую. В интересах всего человечества людей, совершающих или совершивших такое преступление, и только таких людей, надо приговаривать к смертной казни.

Противники смертной казни могут в подтверждение своих доводов сослаться на очень многое, сторонники — тоже. Но, как мне кажется, даже противники смертной казни могут быть за нее при таком преступлении, которое ни с чем не сравнимо.

Аугштейн: К сожалению, в истории уже часто имели место преступления, связанные с массовым убийством, хотя они и не принимали таких масштабов и не были столь тщательно спланированы.

Ясперс: Я сомневаюсь в том, что уже часто случались такого рода преступления. Мне такие примеры неизвестны. Однако понимание того, что в данном случае речь идет о **принципиально новом преступлении**, я считаю предпосылкой решения вопроса о сроке давности. На этот вопрос будет дан естественный ответ, если будет ясность относительно четырех тесно связанных между собой вопросов.

Первый вопрос: какое преступление? Массовое убийство по приказу властей, новое преступление, не имеющее precedента в истории. Это преступление предполагает новый тип государства — преступное государство.

Второй вопрос: на основании какого закона выносится приговор? На основании закона, связывающего всех людей, — международного права.

Третий вопрос: где та законная инстанция, которая компетентна применить это право? Пока формально не существует такой инстанции человечества; ею следует считать суды государств, которые признают для себя обязательным международное право.

Четвертый вопрос: какое наказание? Поскольку это преступление — единственное в своем роде, там, где смертная казнь отменена, она должна быть восстановлена для данного исключительного случая.

Все эти вопросы до сих пор остаются невыясненными. Мы рассматриваем их, в значительной мере пользуясь критериями прошлого.

Вернемся, однако, к нашей реальной ситуации. Вы, г-н Аугштейн, хотели при обсуждении вопроса о сроке давности исключить внешне-политический аспект. Как и я, Вы придерживаетесь мнения, что действовать беспричинно в данном случае было бы чрезвычайно вредно.

Но то, что называется внешней политикой, имеет и другую сторону. Человек должен прислушиваться к тому, что говорят серьезные люди в мире. Еще у Аристотеля встречалось, что совпадение взглядов народов не безразлично, а заслуживает внимания, так как оно может привести к связующей нас истине.

Наблюдая сегодня единодушие всей Западной Европы в этом вопросе, мы должны спросить: как люди пришли к этому? Что лежит в основе всего этого? По-видимому, сознание исключительности преступления против человечества, о которой мы говорили.

Так, нам известны сейчас решения двух важных инстанций. Французское Национальное собрание постановило для Франции, что преступления такого рода именно из-за их характера не могут быть амнистированы за давностью. Консультативная ассамблея Европейского совета рекомендовала правительствам принять постановления о том, что положение о сроке давности не может быть применено к преступникам против человечества. И Национальное собрание, и Консультативная ассамблея высказались по данному вопросу, вероятно, в связи с событиями в Федеральной Республике. Эти высказывания отражают мнение почти всего населения Западной Европы.

Аугштейн: Г-н профессор, мне представляется что Ваша аргументация делает возможным увидеть одно важное различие. Штраус, например, говорит: "Мировой совести и мировому сознанию должно быть известно, что происходило при изгнании немцев из Польши, Чехословакии и Юго-Восточной Европы". Если я Вас правильно понял, Вы считаете качественно отнюдь не одинаковым, когда уничтожается какая-либо раса или народ, отрицается его право на существование или же когда в процессе злодеяний, являющихся следствием несправедливой войны, люди изгоняются, возможно даже в условиях, которые приводят к гибели многих из них. Но это далеко не равносильно ясно выраженному намерению ликвидировать целые народы. Правильно ли я Вас понял?

Ясперс: Вполне.

Аугштейн: Кое-кто, однако, говорит: хорошо, национал-социалисты совершили эти преступления, а что делали другие?

Ясперс: Я не могу менее серьезно отнестись к своему проступку, не говоря уже о том, чтобы оправдать его, только потому, что другой делает то же самое. Мне кажется, нам ни к чему рассуждать о том, что сделали другие. Мы судим сейчас не другие государства, а самих себя. Мы хотим самоочищения.

Мне представляется достаточно убедительным, что такие страшные вещи, как бомбардировка Дрез-

Массовые убийства не могут быть оправданы за давностью

дена, бомбардировка по площадям вообще, как это делали англичане...

Аугштейн: ...Хиросимы...

Ясперс: ...бомбардировка Хиросимы, что все это нельзя сравнивать с преступлением, выражющимся в массовом убийстве. Если вспомнить, что в Дрездене находилось большое число английских военнопленных и англичане не обратили на это никакого внимания, то речь идет о чем-то таком, что я нахожу ужасным; но это — преступление против человечности, а не против человечества. Принцип здесь совершенно иной.

Аугштейн: Не может ли случиться так, что общество, дабы снять с себя вину за совершенные им преступления, вытащит на свет божий отдельных людей, вина которых только в каких-то нюансах больше, чем вина других, и сделает их козлами отпущения. Обратите внимание на следующее: разве более виновен, чем большинство народа, статс-секретарь в министерстве транспорта, у которого затребовали вагоны, использовавшиеся затем для отправки евреев в газовые камеры? Человек случайно получил задание и случайно выполнил его, как это сделал бы, вероятно, любой другой чиновник; но объективно он оказался пособником массового убийства по приказу. Не совершают ли мы несправедливость по отношению к индивидууму, чтобы оправдаться самим?

Ясперс: Это вполне справедливый вопрос. И в принципе на него легко ответить. Каждый может быть обвинен и осужден только как индивидуум, а не как член определенной организации. Всегда должно быть доподлинно известно, что он совершил. Чрезвычайно важное значение имеет степень участия в убийствах, а также мера осведомленности относительно совершившихся преступлений.

Хотя сейчас многие лгут в свое оправдание, будто они ничего не знали, несомненно имеются люди, которые действительно не знали, а лишь втайне догадывались, что происходит нечто страшное.

Я вспоминаю 80-летнюю еврейку из Гейдельберга, которая подлежала депортации. За несколько дней до отправки она покончила жизнь самоубийством. Когда гестаповец, который ежедневно приходил к ней, увидел старуху мертвой, он был искренне потрясен. “Мы ведь не хотели этого”, — сказал он. Я твердо уверен, что этот гестаповец из Гейдельберга не знал всего происходящего, по крайней мере тогда, в 1942 году.

Конечно, каждый догадывался, что здесь что-то неладно, и знал, что речь идет о жизни и смерти. Я сам узнал об истинных масштабах планомерного уничтожения людей в газовых печах только после 1945 года. Однако конкретно степень осведомленности каждого отдельного человека очень трудно установить.

Но если люди действовали как сотрудники государственного аппарата и знали, что происходит, то официальность их действий отнюдь не смягчает их

вину, ибо это было преступное государство. По этому поводу мнения расходятся. От любого человека, у которого есть совесть, можно было ожидать хотя бы минимума ее проявления, что позволило бы ему и в таком положении распознать преступление.

Каждый человек знал: это — преступление. То, что это государство само является преступным, должно было стать ясно в момент, когда он получил от государства приказ совершить преступление. В будущем международное право должно быть таким, чтобы каждый знал: участвуя в убийствах, организуемых подобным государством, я уверен, что буду казнен, если это государство не захватит мировое господство и не разрушит человечество.

Нельзя считать извиняющим то обстоятельство, что кто-то действовал по заданию государства. Он помогал преступному государству, участвовал в его злодеяниях. Но Вы, в свою очередь, правы, когда говорите, что степень участия в преступлениях различна. К общему знаменателю, однако, это не приведешь.

Аугштейн: Чем отличается упомянутый выше воображаемый статс-секретарь от главнокомандующего группой армий и фельдмаршала, который закрывает глаза, когда в его тыловом районе подразделения полиции и войск СС уничтожают всех евреев? Примечательно следующее: чем большим национал-социалистом, чем более тупым и ограниченным был человек, тем больше причин для оправдания у него сегодня. Следовательно — и я знаю такие приговоры, причем вынесенные судами высших инстанций, — в оправдание учитывается то обстоятельство, что данный человек верил в приказы и лозунги фюрера. Имеются также утвержденные судами решения, в которых говорится, что такой-то судья был введен в заблуждение национал-социалистским учением и тогдашними правовыми принципами, — и это оказывалось основанием для прекращения следствия. Говорят, что он не усмотрел правонарушений, так как был обманут национал-социалистским мировоззрением.

Ясперс: К данному случаю подходит шутка, бытавшая в 1933 году. Существуют три качества: интеллигентность, порядочность и принадлежность к национал-социализму. Человек может обладать только двумя из них. Если человек интеллигентный и порядочный, тогда он не национал-социалист. Если человек интеллигентный и является национал-социалистом, он непорядочный. Если же порядочный человек принадлежит к нацистской партии, то он не только не интеллигентный, а просто слабоумный.

Это не просто шутка, здесь затрагивается вопрос о совести. Если я не объявляю людей, так сказать, слабоумными и делаю из этого вывод, что они не лишены права заниматься большинством профессий, если я не рассматриваю их как идиотов, я не вправе видеть в их нечистой совести и так называемой вере смягчающее обстоятельство. Никакая вера не заслуживает снисхождения, если она превращается в действия.

Аугштейн: Мне кажется, что Федеративная Республика очень многое упустила, не придав авторитет моральным законам, и по сей день совершает эту ошибку, так что только необычайное моральное усилие может покончить с этим.

Я хотел бы пояснить свою мысль на одном примере. В Мюнхене существует федеральный патентный суд; президентом одной из палат его был некий Ганзер. Этот человек в свое время отменил в так называемом генерал-губернаторстве оправдательный приговор одной женщине, которая приютила 18-месячного еврейского ребенка и сохранила ему жизнь. В результате ребенок был отправлен в газовую камеру; приютившая его женщина была приговорена к смертной казни.

Тот факт, что этот человек до 31 января 1966 г. занимал пост президента палаты в федеральном патентном суде в Мюнхене, а затем получил полную пенсию, показывает, что мы переживаем своего рода моральное затмение.

Ясперс: Но Вы согласитесь также со мной, что, сколь бы многочисленными ни были такого рода случаи, в Германии имеются и безупречные судьи. Ведь выносили же нацистским убийцам приговоры к пожизненному заключению.

В Германии есть молодежь, и если поговорить с нею, по крайней мере с некоторыми ее представителями, то появляется большая надежда. Отчаяваться, я считаю, просто недопустимо. Пока мы живы, надежда не покидает нас. Отчаяние означало бы признание того, что мы живем в век, когда человечество, по всей вероятности, идет навстречу своей гибели, или же что Германия навсегда потеряна как духовно-нравственная сила.

Непозволительно было бы считать окончательной истиной то, что подсказывает разум кому-то одному. Дозволено и необходимо, скорее, в широком плане выяснить следующие вопросы: какую роль играет ныне в мировой истории Федеративная Республика? Каковы ее возможности и обязанности? Чем мы можем стать, если не хотим быть жалким остатком разложившегося народа, который пользуется историей, как кучка усердных промышленников, усердных менеджеров, усердных военных и усердных ученых, что само по себе еще ничего не значит.

Если мы действительно еще хотим представлять собой что-то, что соответствовало бы нашему тысячелетнему прошлому, нам необходимо в широком плане оценивать все то, что мы делаем, видеть и поддерживать все хорошее у нас.

В связи с вопросом о сроке давности я хотел бы указать еще на один момент. Ситуация представляется мне такой, что мы пока в принципе недостаточно хорошо осмыслили и довели до сознания судей поня-

тие преступления, которое имеется в виду в данном случае, а именно преступления массового убийства.

Далее, немецким судьям трудно выносить приговоры своим же немецким коллегам, поскольку им пришлось бы заняться правотворчеством. Великие судьи XVIII столетия в Англии были такими творцами права.

Аугштейн: В Англии это несколько легче, поскольку там нет кодифицированного, утвержденного права и при принятии решений даже до сих пор опираются на прецеденты.

Ясперс: Немецкие судьи могут опираться на статью в Основном законе, в которой четко сформулировано, что положения международного права имеют приоритет перед законами Федеративной Республики.

Аугштейн: Вы имеете в виду статью 25 Основного закона; в ней говорится, что международное право является составной частью федерального права. В этой статье указывается также, что международное право имеет приоритет перед федеральными законами. Но столь же недвусмысленно звучит параграф 2 ст. 103 Основного закона: "Преступление наказуемо только в том случае, если наказуемость установлена законом до совершения преступления". Следовательно, обратная сила закона категорически исключается.

Ясперс: В этом-то и весь вопрос. Мне же представляется, что обратная сила, согласно статье 103, исключается только в том случае, если речь идет о преступлении в период и в рамках вновь создаваемого сейчас строя. Однако обратная сила возможна и даже необходима, когда речь идет о преступлениях, совершенных в условиях предшествующего нынешнему преступного государства. Обратная сила противозаконна только в рамках строя в целом и по отношению к действиям, совершаемым в период существования данного строя. Там она создала бы неопределенность и противоречила бы основам правового государства.

И снова тот же вопрос: от понимания того, что правовое государство возрождено или создано заново после ликвидации преступного государства, зависит суждение относительно масштабов и пределов обратного действия законов, а тем самым и ответ на вопрос о сроке давности.

Новое право было впервые создано как международное право Уставом Нюрнбергского международного трибунала. Нюрнбергский Устав создал предпосылки нюрнбергским приговорам. Это не прежде установленное право, а новое, имеющее обратную силу. В периоды революционных преобразований, какой бы характер они ни носили, это не только законно, но и необходимо. Абсолютное исключение обратной силы могло бы означать юридическое оправдание нацистского государства.

“Карательная психиатрия в России”

Международная Хельсинкская Федерация по правам человека,
Москва, 2004, 496 с., тир. 1250 экз.

Советская карательная психиатрия и ее дальнейшая судьба — поучительный урок для всего мира, к сожалению, не теряющий своей актуальности.

Авторы, прежде всего, И. Б. Шамшев, представили обширный тщательно рубрифицированный текст по истории карательной психиатрии в России, доведенный до настоящего времени. Раздел до 1989 года, написанный наиболее подробно, основан на данных монографий “Карательная медицина” А. Подрабинека, “Безумная психиатрия” А. Прокопенко и “Психиатрический ГУЛАГ” В. Буковского. Интеграция этих данных и даже простое их тезисное повторение всегда будут волновать, оставаясь важными во многих отношениях. Можно посетовать, что авторы не использовали ни одной работы на эту тему, написанной психиатрами, даже самого крупного двухтомного труда о советской психиатрии Питера Рэддуэя и Сиднея Блоха. Эти авторы подали хороший урок содружества политолога-историка и психиатра, которым следовало бы воспользоваться в такой сложной и специфической сфере как психиатрия и авторам настоящего доклада.

Период после 1989 года изложен значительно менее информативно, так как литература о нем носит разрозненный характер. Наиболее подробные и последовательные сведения содержатся в “Независимом психиатрическом журнале”, разделы которого “Хроника” и “Из досье эксперта” представляют живое непредвзятое изложение событий за этот период. Однако авторы используют этот материал явно недостаточно. В результате, — грубая диспропорция изложения советского и постсоветского периода, тогда как именно последний представляет наибольший интерес. Многие важные события упущены или изложены неточно. Следовало бы уделить больше внимания усилиям властей подменить Независимую психиатрическую ассоциацию России подставной организацией и поддерживать другую карикатурную организацию для дискредитации деятельности НПА, а в последние годы — попыткам властей устраниТЬ независимую психиатрическую экспертизу и лишить государственной регистрации НПА России, единственную неправительственную профессиональную организацию в стране, осуществляющую психиатрическую несудебную

экспертизу по запросам граждан, права которых были нарушены с использованием психиатрии. Карательная психиатрия — это бич не только психически больных, но и независимых психиатров и их организаций.

Полностью выпало из доклада возобновление в России с 1995 г. прежней технологии использования психиатрии в немедицинских целях, на этот раз против религиозных организаций (“Свидетелей Иеговы”, пятидесятников, буддистов и т.д.) под лживым, как многократно доказывалось, предлогом “причинения вреда психическому здоровью”. Закрывать глаза на эти грубые подтасовки было бы в свою очередь политиканством. К тому же, в данном случае имеет место не только нарушение прав религиозных организаций, но и грубое нарушение прав граждан, посещающих эти организации. Так НПА России вот уже более двух лет участвует в деле члена религиозной организации “Свидетели Иеговы” Л. П., которую совершенно необоснованно пытаются признать недееспособной и лишить возможности воспитывать детей.

Недостаточно сказано о главном — преступно низком финансировании Правительством психиатрической службы, когда значительное число психиатрических больниц, получавших на питание половину нормы для мест лишения свободы, с 2005 г. будут получать еще меньше в результате принятого в августе 2004 г. закона. Эта тема не отражена даже в разделе, посвященном изложению Доклада МХГ и НПА России (6.2), содержание которого передано крайне неполно.

К сожалению, авторы, особенно в первой редакции, идентифицировали понятия “карательной психиатрии” и “советской психиатрии”, словно все отечественные психиатры были послушными исполнителями, чиновниками, полицейскими, карателями. На самом деле, акад. Г. В. Морозов и проф. Д. Р. Лунц никогда не презентировали отечественную психиатрию. Более того, даже в самом Институте судебной психиатрии им. В. П. Сербского было немало достойных психиатров. В деле генерала П. Г. Григоренко весь состав экспертной комиссии проф. Ф. Ф. Детенгофа (1969 г.) не только единодушно подтвердил его психическое здоровье, но дезавуировал вывод предшествовавшей комиссии акад. А. В. Снежневского

(1964 г.). Это было сделано в 1969 году престарелым профессором учеником П. Б. Ганнушкина, а в 1973 г. — совсем молодым психиатром д-ром С. Ф. Глузманом. Проф. Детенгофу это стоило жизни, Глузману — 10 лет. Писать, как это делают авторы, что “многие советские психиатры отказались от поиска истины, стали послушным и смертоносным оружием в руках властей”, брать на себя смелость рассуждать о “теоретико-медицинских” основах психиатрии, обязывает к определенному уровню аргументации, опоре на заслуживающие доверия источники. В результате, сложная неоднозначная проблема, требующая мультидисциплинарного исследования, легко решается авторами ценой вульгаризации.

В окончательной редакции учтены наши замечания и справедливо пишется, что карательная психиатрия — это не какой-то особый предмет, не какая-то особая психиатрия, а явление, возникающее в тоталитарных странах со многими прикладными науками, которые вынуждены обслуживать нередко преступный режим. При этом внутри этих наук происходит сложный и драматический процесс поляризации профессионалов и их объединений. В медицине, в частности в психиатрии, это явление вырастает из двойной лояльности врача, который выступает в роли служащего определенного учреждения министерства здравоохранения и в роли профессионала, давшего клятву Гиппократа. Порядок приоритетов этих ролей определяет каждый поступок врача. Карательная психиатрия возникает на основе интерференции трех основных факторов:

- идеологизации науки, ее отрыва от достижений мировой психиатрии;
- отсутствия правовой основы и
- тотального огосударствления психиатрической службы.

Система их взаимодействия прежде всего социологическая. Наличие в Уголовном кодексе статьи о клевете на государственный строй неизбежно ведет к посыпке определенного процента граждан на судебно-психиатрическую экспертизу. Таким образом, не психиатрия сама по себе является карательной, а тоталитарное государство легко использует психиатрию в карательных целях.

Но даже ограничиваясь действительно карательной психиатрией, следовало удержаться от антипсихиатрической идеологии и риторики, как в свою очередь экстремистских. Между тем, доклад местами содержит именно этот дух (“Старые препараты нередко больше калечат, чем лечат”, “рецидив использования психиатрии в качестве проститутки” и т.п.).

Сильным разделом доклада является анализ правовой основы предоставления психиатрической помощи и гарантий прав человека при ее оказании. Правда, анализ международных правовых актов выходит за пределы доклада. А ряд анализируемых нормативных актов Минздрава и МВД России давно утратил силу. Подробный анализ недостатков Временного положения о психиатрической больнице со строгим наблюдением или Временного положения об отделении с усиленным наблюдением психиатрической больницы представляют сегодня лишь исторический интерес, поскольку таких больниц и отделений в настоящее время не существует. В то же время, правоприменительная практика нового российского законодательства в отношении применения принудительного лечения, особенно в связи с совершенным правонарушением, практически не проанализирована.

Доклад завершается описанием 18 дел граждан, обратившихся в Общероссийское общественное движение “За права человека”, в связи с нарушением их прав при оказании психиатрической помощи. Заслуживает всяческого одобрения именно такое завершение и само наличие такого собственного материала. Однако, авторам следовало бы ограничиться исключительно анализом правовых нарушений, которых в описанных делах было достаточно. Оценка авторами многих поступков обратившихся, сделанная на основе их рассказов, носит неубедительный характер. Многие из этих граждан побывали и в общественной приемной НПА России, и мы могли убедиться в их некритическом отношении к ситуации, связанном с наличием психического заболевания, которое они оспаривали как раз в силу этого психического заболевания. Таково неизбежное следствие отсутствия профессиональной психиатрической оценки. Внимательный анализ показывает, что в большинстве случаев речь идет не о карательной психиатрии, а об ошибках в применении закона. Тем не менее, мы убеждены в необходимости и полезности взгляда на проблему представителя обыденного непрофессионального сознания. Из сказанного следует также необходимость более тесного сотрудничества с НПА России.

Подводя итог, можно сказать, что представленный доклад содержит обширную ценную информацию об истории и развитии злоупотреблений психиатрией, знание которой важно по многим основаниям, а юридический анализ вооружает способностью противостоять этим нарушениям.

Ю. С. Савенко

Контактные данные для получения книги:

125009, Москва, Малый Кисловский пер., д. 7, стр. 1, оф. 21

Тел.: 095-974-7545; факс: 095-291-7011; E-mail: zaprava@zaprava.ru; www.zaprava.ru

Письмо Российского общества психиатров о перечне льготных лекарств

Первому заместителю Министра
здравоохранения и социального развития
Российской Федерации
академику РАМН,
профессору В. И. Стародубову

Глубокоуважаемый Владимир Иванович!

Ознакомление с разделом “Средства, влияющие на центральную нервную систему” приказа № 296 от 2 декабря 2004 г. (зарегистрирован в Минюсте РФ 7 декабря 2004 г., регистрационный № 6169) “Перечень лекарственных средств, отпускаемых по рецептам врача (фельдшера) при оказании дополнительной медицинской помощи отдельным категориям граждан, имеющим право на получение государственной социальной помощи” в целом вызвало одобрительную реакцию у психиатрической общественности, поскольку впервые за последние годы на федеральном уровне планируется оказание серьезной государственной помощи инвалидам по психическому заболеванию этой крайне социально незащищенной группе хронических больных. Такая позиция Министерства не может не вызвать уважения. Вместе с тем, мы получаем много тревожных писем от специалистов из регионов по поводу качества составления предложенного списка препаратов. Мы разделяем их обеспокоенность и считаем, что документ нуждается в существенной корректировке. В этой связи позвольте сделать ряд замечаний, высказанных ведущими специалистами в области нервно-психических заболеваний.

1. В списке “противосудорожных”, а по современной классификации “ противоэпилептических”, препаратов отсутствуют такие базовые и недорогие препараты как бензонал, гексамидин, паглюферал и т.д.

2. В списке анксиолитиков отсутствуют тазепам, скоропомощной препарат короткого действия лоразепам, а также инъекционная форма феназепама, а в списке средств для лечения нарушений сна отсутствует наиболее широко применяемая группа бензодиазепиновых производных (нитразепам и др.).

3. В средствах для лечения паркинсонизма отсутствует инъекционная форма биперидена, крайне необходимая при купировании острых явлений экстрапирамидного синдрома, нередко возникающих при применении нейролептиков. Тригексифенидил (цик-

лодол) — единственный препарат в списке, у которого почему-то приведено только торговое название.

4. В разделе “антипсихотические средства” отсутствуют пролонгированные формы, незаменимые при длительной противорецидивной терапии больных шизофренией, не соблюдающих режим применения таблетированных препаратов. Полностью отсутствуют препараты для внутримышечного введения, без которых невозможно купирование психомоторного возбуждения и острых психотических состояний. Среди традиционных нейролептиков отсутствуют такие важные, имеющие специфические клинические показания, препараты как трифлуоперазин, клопиксол, тиаприд, перициазин и др., но имеется давно не поставляющийся на отечественный рынок препарат флуфеназин. Среди нового поколения атипичных нейролептиков отсутствует относительно недорогой препарат респеридон, в последние годы в нашей стране получивший широкое распространение среди атипичных антипсихотиков.

5. В группе антидепрессантов среди традиционных и хорошо зарекомендовавших себя препаратов отсутствуют мапротилин, а также ряд средств нового поколения, в частности флуоксамин, высоко эффективный при лечении навязчивостей. К средствам нормотимического действия относится только карбонат лития и почему-то только в виде таблеток пролонгированного действия.

6. Важная группа нейрометаболических стимуляторов (ноотропов) представлена крайне скучно, отсутствуют, в частности, такие препараты с противотревожным компонентом действия как пантогам, пикамилон и мексидол.

7. В группе средств, применяемых в наркологии, отсутствует тетурам.

8. Полностью отсутствуют современные средства для лечения деменций альцгеймеровского типа.

9. К сожалению, перечень не лишен досадных опечаток и грамматических ошибок.

Высказанных замечаний можно было бы избежать

при рецензировании проекта приказа специалистами, что являлось обычной практикой при составлении подобных приказов в прошлые годы.

С уважением,
Председатель Правления
Российского общества психиатров,
Профессор В. Н. Краснов

От редактора. Катастрофическое положение психиатрической службы и ее безрадостные перспективы в связи с реформой службы здравоохранения очевидны всем заинтересованным профессионалам. Авторам реформы чужды и неинтересны реальные состояния и нужды практической медицины, они мыслят в заданной им одномерной финансово-экономической плоскости. Поэтому они не озабочились привлечь к своей работе независимых деятелей медицины, таких, например, как проф. Рошаль и др. Парламентские слушания (см. НПЖ, 2004, 3) с полной ясностью показали, что если профессиональная общественность не будет занимать активную позицию, психиатрическую службу ждет еще более сокрушительный обвал.

Инерция старых стереотипов взаимоотношения общественных профессиональных и научных сообществ с государственными структурами, отношения вассалов и сюзерена, — серьезная помеха. Это нечто уже отжившее, но еще мнимо заполняющее образовавшийся вакуум вместо принципиально других форм отношений.

Публикуемое письмо в своей содержательной части буквально вопиет о грубой небрежности авторов Перечня.

Как объяснить отсутствие таких первостепенной важности препаратов, как внутримышечные антипсихотические нейролептики-пролонги и базовые антиконвульсанты: паглюферал, гексамедин, бензонал?

Как объяснить наличие в списке самого дорогого препарата — оланзепина, при отсутствии втрое более дешевого и не уступающего ему рисперидона, не говоря уже о трифтазите и неулептиле?

Ведь таким образом исчерпывается и без того жалкий бюджет. Однако зачин письма — неуместные никсенсы в духе тоталитарной resp. феодальной эпохи.

Мы считаем не просто оправданным, а необходимым требовательный тон, тем более, когда обращение исходит от имени Российской общества психиатров.

**Перечень лекарственных средств,
отпускаемых по рецептам врача (фельдшера)
при оказании дополнительной медицинской помощи
отдельным категориям граждан, имеющим право
на получение государственной социальной помощи.**

Приказ Министерства здравоохранения и социального развития
Российской Федерации от 2 декабря 2004 г. № 296 г. Москва

Зарегистрирован в Минюсте РФ 7 декабря 2004 г.

Регистрационный № 6169

Противосудорожные: вальпроевая кислота, карбамазепин, клонозепам, ламотриджин, фенитоин, фенобарбитал.

Средства для лечения паркинсонизма: биперилен, бромокриптин, леводопа+карбидопа, леводопа+бенсеразид, циклодол.

Анксиолитики: алпрозалам, диазепам, медазепам, феназепам.

Антиспазматические средства: галоперидол, кветиалин, клозепин, оланzapин, сульпирид, тиоридазин, флуфеназин, хлорпромазин, хлорпротиксен.

Антидепрессанты и средства нормотического действия: амитриптилин, имипрамин, кломипрамин, пропранолол, карбоната, пароксетин, пирлиндол, сертралин, трианептин, флуоксетин.

Средства для лечения нарушений сна: золпидем, зопиклон.

Прочие средства, влияющие на центральную нервную систему: актовегин, бетагистин, винпоцетин, пираметам, тизапидин, фенотропил, церебролизин.

Средства применяемые в наркологии: налтрексон.

X Консторумские чтения

17 декабря 2005 года в Москве на кафедре психотерапии, медицинской психологии и сексологии РМАПО состоялась научно-практическая конференция "Консторумские чтения". Инициатор и бессменный руководитель чтений Марк Евгеньевич Бурно, психиатр-психотерапевт, профессор, председатель Общества клинических психотерапевтов НПА России, уже в 10-раз собрал коллег для обсуждения важнейших проблем психотерапии. Юбилейная конференция памяти известного российского психиатра-психотерапевта Семена Исидоровича Консторума была посвящена теме — "Личность и метод в психотерапии".

Конференция открылась вступительным словом президента НПА России Ю. С. Савенко и докладами по актуальнейшей сегодня проблеме "Психиатрия и религия". Руководитель этого направления в НПА России Борис Аркадьевич Воскресенский (психиатр, доцент кафедры психиатрии и медицинской психологии РГМУ) в своем докладе "Проблема клинического подхода к сфере духовного" (совместно с психологом А. Б. Воскресенской) осветил вопросы разграничения нормы и патологии религиозных переживаний и сходных с ними по содержанию психопатологических расстройств, стратегии и тактики психотерапии с позиций трихотомической концепции личности. Второй доклад — "Вера, болезнь и образ мира" (из опыта клинико-психологического исследования) (Б. А. Воскресенский, психиатр; М. Н. Земсков, психиатр; Д. С. Скрябин, студент VI курса РГМУ; Т. Н. Котова, А. А. Котов, психологи) позволил присутствующим "осознать" — словесно и графически — почувствовать особенности духовно-религиозной сферы у различных групп больных шизофренией. Было отмечено, что духовные и душевые, а также, телесные изменения могут быть разнонаправленны: духовный рост и, одновременно, душевно-телесное угасание. Обсуждалась также разная степень невротизации у приверженцев различных христианских конфессий: так, у прихожан католических приходов, по сравнению с протестантскими, отмечается меньшая частота невротических расстройств. В последующей за докладами дискуссии особенно живо обсуждалась возможность совмещения функций священника и врача в одном лице. Б. А. Воскресенский в своем докладе высказал мнение, что подобное слияние функций вряд ли осуществимо, однако далеко не все участники слушаний с ним согласились.

Психиатр-психотерапевт А. Г. Меркин выступил с докладом "Петр Борисович Ганнушкин и отечественная клиническая психиатрия и психотерапия", в котором отметил, что хотя П. Б. Ганнушкин не занимался психотерапией непосредственно, однако его концепция о клинике и динамике психопатий состав-

ляет основу клинических психотерапевтических подходов помощи пограничным пациентам.

Доклад психиатра-психотерапевта А. В. Александрович "О психотерапевтической любви" был посвящен проблеме нахождения общего языка с больными шизофренией и формирования с ними теплых, доверительных отношений, а стоматолог-ортопед Е. В. Истомина в своем докладе "Психотерапевтические аспекты работы в клинике ортопедической стоматологии" (Е. В. Истомина, А. Ю. Чумакова; РМАПО) рассказала о роли субъективного состояния пациента, его душевного равновесия в прогнозе лечения соматических больных, в том числе с хроническим болевым синдромом. А. В. Александрович отметила, что "психотерапевтическая любовь" должна являться неотъемлемым элементом в процессе взаимоотношений с пациентом как врача-психотерапевта, так и врача любой специальности и поделилась собственным опытом установления психотерапевтического контакта с процессуальными пациентами. Е. В. Истомина рассказала, как правильная оценка психического статуса и характерологического склада пациента помогает выбрать оптимальный стиль взаимодействия с пациентом, оказать ему психологическую поддержку и улучшить прогноз в стоматологии.

Психиатр-психотерапевт С. А. Малиночка выступила с сообщением "Увлечения больных шизофренией. Клинико-социальные аспекты", в котором описала увлечения, хобби, интересы у исследованных ею людей с психическими расстройствами, пациентов ГПКБ № 1 им. Алексеева, и выделила ориентировочные критерии патологичности исследуемых влечений. Говоря о динамике увлечений на фоне шизофренического процесса, С. А. Малиночка отметила наличие обратной связи между развитием увлечения и обострениями шизофрении, с расцветом увлечений на фоне ремиссий.

Второе отделение конференции было посвящено, преимущественно, решению практических задач, встающих перед психиатрами-психотерапевтами в ежедневной клинической практике.

В. Б. Гурвич представил доклад "Пифагорейский образ жизни как отражение психотерапевтического катарсического процесса", в котором провел анализ пифагорейского образа жизни и катарсиса с позиций современного психологически-психотерапевтического подхода и пришел к выводу, что синтезированный пролонгированный в течение жизни катарсис Пифагора представляет собой не только религиозно-воспитательно-обучающую систему, но и, несомненно, психологический и психотерапевтический катарсис с тремя основными личностными эффектами: освобождением, осознанием и возвышением.

Психатур-психотерапевт А. М. Бурно в своем докладе “Так называемые “процессуальные инструкции”. Клиническое применение” поделился опытом применения “процессуальных инструкций”, т.е., внушиения процесса изменения без уточнения содержания этого изменения, в гипнотическом трансе и описал конкретный способ применения процессуальных инструкций пациентам аутистического склада. В тех случаях, когда высокая сензитивность сочетается с отсутствием выраженной склонности к сомнениям и сверхценным образованиям, данный метод является особенно эффективным.

Доклад психиатра-психотерапевта А. В. Павличенко “Роль психотерапевтических мероприятий в комплексном лечении шизотипических пациентов” был посвящен рассмотрению некоторых новых данных о психопатологии шизофрении, актуальных с точки зрения психотерапии, и общих психотерапевтических рекомендаций, используемых в комплексном лечении шизотипических пациентов. Была проанализирована широко обсуждаемая в последние десятилетия дименсиональная модель шизофрении, которая позволяет рассматривать позитивные и негативные расстройства как относительно независимые, обнаруживающие собственные стереотипы развития симптомокомплексы эндогенного заболевания и выделяет в качестве отдельных составляющих шизофренического процесса нейрокогнитивные и аффективные расстройства. Обсуждалась также практическая важность разделения первичных и вторичных негативных расстройств, поскольку именно вторичные негативные расстройства могут быть мишенью психокоррекционных мероприятий. При описании существующих в психотерапии шизофрении психотерапевтических подходов было подчеркнуто, что все они должны базироваться на глубоком знании психопатологии и учитывать современные достижения нейронаук в этой области, чтобы избежать неэкономного расходования психотерапевтических усилий, а иногда и обострения симптоматики. Одна из основных задач, стоящих перед психотерапией шизофрении — восстановление утраченных межличностных контактов, укрепление личностных компенсаторных возможностей, возвращение больного в “общий мир” так называемой психической нормы. Большие возможности здесь открывает использование комплексного фармакотерапевтического и социо-реабилитационного воздействия, а также создание “эмоционального интимного контакта” с пациентом и так называемая “психообразовательная работа”.

Психатур-психотерапевт Л. В. Махновская, выступавшая с докладом “К вопросу о психотерапии хронической деперсонализации”, обсудила особенно-

сти контакта и психотерапевтической помощи больным с деперсонализационно-дереализационными расстройствами, а психолог-психотерапевт А. Б. Павловский в сообщении “Смысл и целесообразность проведения занятий терапией творческим самовыражением с тяжелыми душевнобольными с дефектными состояниями” размышлял о микросоциальной среде существования душевнобольных, отметил важность неформального контакта с такими больными и подчеркнул значение вдохновения пациента при терапии творческим самовыражением. Последнее позволяет расшевелить аморфного больного, выявить то творческое начало, которое в нем сохранилось, и сделать его основой психотерапевтического процесса.

В докладе психиатра-психотерапевта И. С. Павлова “Особенности психотерапии состояний декомпенсации у психопатических личностей” говорилось о некоторых важных особенностях личностей психопатического склада, которые необходимо учитывать во время психотерапевтической работы. Так, например, многие психопаты и лица, страдающие алкоголизмом, не оценивают прогноза своих поступков, живут “здесь и сейчас”, и у таких больных необходимо формировать чувство ответственности за свою жизнь.

Доклад психиатра-психотерапевта проф. М. Е. Бурно “О главной особенности реалистического психотерапевтического театра в сравнении с психодрамой и драмотерапией” предварял спектакль-постановку “Психиатр Гречихин” (по повести М. Е. Бурно), который увидели участники конференции (художественный руководитель театра — Е. Ю. Будницкая, художник — Р. Г. Кошкова). В своем докладе М. Е. Бурно указал, что его авторский клинико-психотерапевтический театр есть частица Терапии творческим самовыражением, и он лечебно помогает дефензивным пациентам стать, по возможности, творческими самими собою, изучая в игре природу своей души. Пациент играет, например, самого себя, вдохновенно-творческого, с живой, но своей (аутистической, психастенической, шизофренической) душою, играет такого, каким и хочется быть, или играет себя застенчивого, но с пониманием определенной ценности своей застенчивости, тревожности и других дефензивных свойств как “силы своей слабости”. Психотерапевтические пьесы в этом театре обычно пишутся на конкретных пациентов-актеров, порою даже не изменяя их имена.

Итоги конференции подвел психиатр Борис Аркадьевич Воскресенский, который в своем резюмирующем выступлении напомнил простую основополагающую максиму: “Основное предназначение психиатрии — лечение больных”.

А. Г. Меркин, А. В. Павличенко

ВОСПОМИНАНИЯ

От редактора. Помещаемые здесь тексты — лишь небольшая часть обширных материалов, прежде всего воспоминаний, о замечательном докторе, психиатре и психотерапевте Давиде Абрамовиче Черняховском (1939–2000). Как врач и друг многих академических и писательских семей, он в полной мере соответствовал уровню и духу этой высококультурной среды подлинной российской интеллигенции. Глубоко поучительно как его поведение при попытке спецслужб использовать его в своих целях, так и поведение создателей нашей во-городной бомбы. Академик Харитон заставил КГБ принести извинения.

Обращение спецслужб к психиатрам, даже в наше время, часто вызывает у них не полную достоинства граждансскую позицию свободного человека, а услугливо-предупредительную верноподданническую реакцию, готовую пожертвовать даже репутацией среди коллег, забывая при этом о приоритетах своей совершиенно особенной профессии, о неподсудности отказа свидетельствовать против своих больных и т.д. Срабатывает стереотип, по выражению Павла Якобия, “полицейской психиатрии” (защищать общество и государство от больных, а не больных от дискриминации). Хотя в традиции наших лучших психиатров, того же проф. В. П. Сербского, было не пускать на порог психиатрической больницы представителей полицейского ведомства, нынешнее руководство Центра им. Сербского пеняет ему теперь за это.

Предисловие к публикации воспоминаний д-ра Д. А. Черняховского об акад. Ю. Б. Харитоне и акад. А. Д. Сахарове

С Давидом Абрамовичем я познакомился в 1969 или 1970 году, будучи студентом. Знакомство произошло у нас дома на улице Горького (Тверской), куда он пришел в качестве врача, лечившего моего отца — философа Юрия Николаевича Семенова, страдавшего от бессонницы и сезонных депрессий. Помню, что его внешность и манера поведения сразу произвели на меня большое впечатление: он был высоким худым брюнетом в очках с небольшими ранними залысинами, высоким лбом, выразительными немного выпуклыми глазами и черными усами. Манера его поведения была очень спокойной и вежливой, говорил он немного замедленно. Д. А. не очень хорошо слышал одним ухом. Когда я спросил его об этом, он сказал, что небольшая тугоухость является результатом детской травмы, полученной в результате драки в начальной школе, возникшей на почве антисемитского оскорблении со стороны его одноклассников или соседских мальчишек (насколько помню, детство Д. А. прошло в небольшом украинском городке). Помню так же, как родители рассказали мне о даре гипноза у Д. А. После этого я поинтересовался, как часто он применяет этот редкий дар, на что он ответил, что применяет его нечасто, и только для успокоения слишком возбужденных пациентов.

Д. А. стал частым посетителем нашей квартиры и вскоре превратился скорее в друга дома, чем просто врача. Он приходил к родителям в гости просто так

поговорить, поскольку их объединяла общность взглядов, и между ними возник взаимный интерес. Между членами нашей семьи в целом были отношения взаимной любви и уважения, однако не обходилось и без естественных конфликтов. Д. А. беседовал с каждым из членов семьи в отдельности, стараясь сгладить возникшие противоречия и попытаться заставить своего собеседника взглянуть на возникший конфликт другими глазами. Как я теперь понимаю, он по существу, выполнял в нашей семье функции неформального психоаналитика. Удивительно быстро Д. А. завоевал доверие и уважение у всех разновозрастных членов семьи. Через некоторое время у нас дома стали появляться первая жена Д. А. Инна и их маленький сын Юра — ровесник моей младшей сестры. Позже Д. А. часто бывал у нас со своей второй женой Олесей.

Хорошо помню, как Д. А. рассказывал о защите своей кандидатской диссертации, посвященной психиатрическим основам возникновения наркологической зависимости. Оказалось, что диссертация была объявлена “закрытой” в связи с тем, что согласно официальной точке зрения в СССР наркомания как явление не существует, поскольку для нее нет социальных причин. Позволю себе вспомнить известную песню А. А. Галича о Егоре Петровиче Мальцеве (по забавному совпадению — однофамильце тестя Д. А. — писателя Елизара Мальцева). В этой песне Егор

Петрович, страдавший от диабета, внезапно чудесным образом выздоравливал, поскольку:

“Центральная газета оповестила свет,
Что больше диабета в стране советской нет!”

Из рассказов Д. А. мне запомнилось также несколько забавных случаев, произошедших с ним в период работы в качестве дежурного городского психиатра. Однажды он был вызван нарядом милиции на Красную площадь. Ему сообщили, что возле Кремлевской стены был задержан подозрительный человек, который долго стоял возле стены и внимательно смотрел вверх. Во время беседы человек сообщил Д. А., что услышал некий голос, повелевший ему срочно прийти к Кремлевской стене. Голос сказал: “Ты, Вася, должен полностью довериться мне, и тогда тебе будет очень хорошо. Ты станешь вместо Брежнева Генеральным секретарем ЦК КПСС, будешь каждый день есть натуральные котлеты, пить водку “Экстра” и спать на пуховой перине. Когда подойдешь к стене, то жди моих следующих указаний. И тебя, и всю страну ждут великие перемены”. Вася был задержан как раз в тот момент, когда ожидал указаний свыше.

В другой раз Д. А. был вызван к больному, у которого тоже были какие-то странные видения. Больной оказался огромного роста мужчиной, который, увидев врача, немедленно легко приподнял его и посадил на высокий шкаф. При этом больной вовсе не проявил агрессии, а просто объяснил, что на полу находится очень опасно.

В 1990 году Д. А. написал послесловие к русскому переводу известной книги Нормана Кона “Благословение на геноцид. Миф о всемирном заговоре евреев и “Протоколах сионских мудрецов”. Эта книга была посвящена истории создания политической фальшивки, использованной в Германии при подготовке прихода к власти нацистов. Через некоторое время Д. А. обратился ко мне с просьбой попытаться помочь с публикацией в издательстве “Наука” книги израильского историка Савелия Дудакова “История одного мифа. Очерки русской литературы 19 – 20 веков”, продолжающей эту тему, и даже более широко рассматривавшей историю антисемитизма в России вплоть до современности. Публикация этой книги в главном официальном научном издательстве представлялась Д. А. очень важной, с чем я был полностью согласен. В то же время все попытки публикации наталкивались на сопротивление со стороны директора издательства. Я обратился с просьбой об оказании содействия в публикации книги Дудакова к своему родственнику, академику Виталию Иосифовичу Гольданскому. Не могу сейчас вспомнить конкретных деталей этой истории, но через некоторое время сопротивление директора издательства было преодолено, и книга была опубликована в 1993 г. Давид Абрамович, являвшийся редактором книги, был очень рад и передал благодарность автора тем, кто способствовал публикации.

В годы перестройки Д. А. вместе с женой Олесей получил возможность ездить заграницу. Насколько помню, некоторые из его европейских поездок были связаны с оказанием профессиональных психотерапевтических консультаций. Во время одной из поездок в Англию Д. А. познакомился с известным иерархом русской православной церкви -митрополитом Антонием Сурожским. Вернувшись из Англии, Д. А. при встрече рассказал мне, какое большое впечатление произвело на него это знакомство. Митрополит Антоний оказался человеком огромной эрудиции, крупным философом и мыслителем, резко выделявшимся на фоне других деятелей православной церкви. Д. А. виделся с Антонием и во время последующих приездов в Англию; по-видимому, их беседы представляли взаимный интерес. Насколько помню из рассказа Д. А., их разговоры касались разнообразных тем, в частности, общих причин ксенофобии, включая антисемитизм, роли церкви в преодолении человеческой разобщенности, возможности и необходимости создания синcretической экуменической религии.

По моим представлениям Д. А. был одним из самых крупных психиатров Москвы. Хотя сам он, исходя из профессиональной этики, никогда об этом не распространялся, мне из разных источников было известно, что среди его пациентов были крупнейшие ученые, писатели, музыканты, художники. Несмотря на это, Д. А., как мне кажется, совершенно не страдал “звездной болезнью” и всегда легко соглашался на просьбы друзей и знакомых о консультациях и лечении любых пациентов.

Д. А. был сильным и мужественным человеком. Несмотря на свою собственную тяжелую болезнь — медленно прогрессировавшую аллергическую бронхиальную астму, он сохранял общий оптимистический настрой и способность разделить тяжелые переживания других людей, взвалить на себя их воображаемые или действительные беды. Я убежден, что эти особенности были далеко не только проявлением высокого профессионализма, но в значительной степени отражением собственных редких личностных качеств. Наши не столь частые встречи с Д. А. не носили профессионального характера, однако чувствовалось, что во время дружеского разговора он стремится влить в собеседника заряд бодрости, избавить его от комплексов, поднять самооценку и самоуважение. Возможно, кому-то такая параллель покажется не совсем оправданной, но в моем представлении у Д. А. были общие черты с двумя литературными героями — журналистом, отвечающим на письма обиженных судьбой людей из романа Наташа Уэста “Подруга скорбящих” и психиатром Диком Дайвером из замечательного романа Скотта Фицджеральда “Ночь нежна”.

В 1999 году состояние здоровья Д. А. резко ухудшилось в результате того, что его постоянная пациент-

тка во время домашнего визита неожиданно выпустила ему в лицо струю из газового баллончика. После нескольких месяцев лечения состояние Д. А. несколько улучшилось, но ненадолго, и в феврале 2000 г. его не стало.

В моей памяти хранится яркий образ Давида Абрамовича, замечательного врача, истинного интеллигента, красивого светлого и мужественного человека.

* * *

Этими краткими заметками о Давиде Абрамовиче я хотел бы предварить его собственные воспоминания о моем деде — Юлии Борисовиче Харитоне. По-

сле смерти деда в декабре 1996 г. возникла мысль о публикации книги воспоминаний о нем. Д. А. с готовностью откликнулся на мою просьбу внести свой вклад в эту книгу. Весной 1998 года Д. А. передал мне нижеприведенный текст, который в сокращенном виде вошел в книгу “Юлий Борисович Харитон. Путь длиною в век”, опубликованную в 1999 г. Мне кажется, что публикация полного текста воспоминаний Д. А. о Ю. Б. Харитоне и А. Д. Сахарове представляет большой интерес и займет достойное место в книге воспоминаний о самом Давиде Абрамовиче.

А. Ю. Семенов

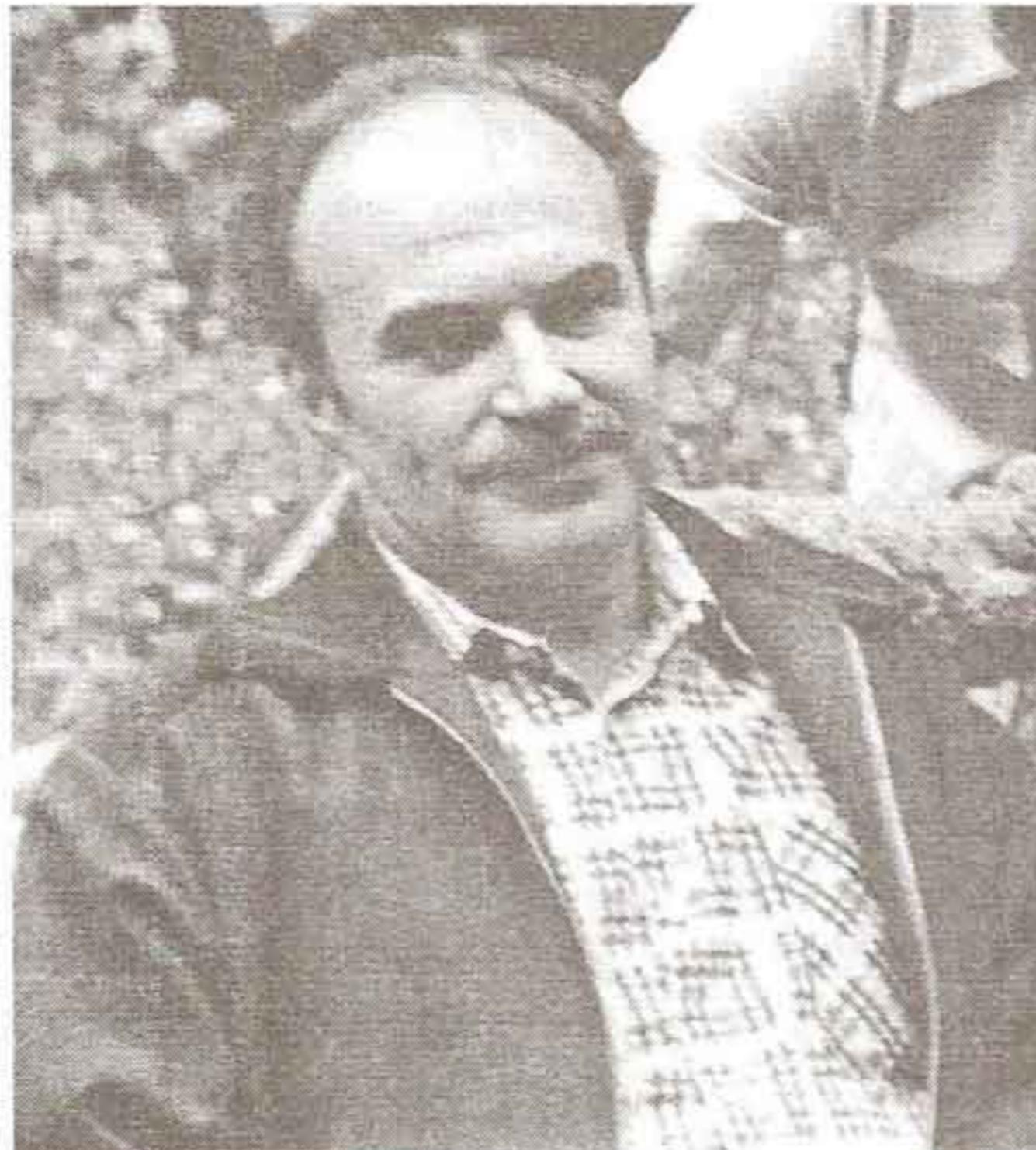
Заметки врача

Д. А. Черняховский

Недавно прочел в “Русской мысли” рассказ одного уважаемого священника о его попытке посетить в прежние годы обитель преп. Серафима Саровского. Он пишет, что не смог этого сделать, так как там “царствовал зловещий академик Харитон”. Что действительно так: православная святыня оказалась отрезанной от всей России заграждениями секретного ядерного центра, научным руководителем которого долгие годы был Ю. Б. Харитон.

Слова о “зловещем академике Ю. Б. Харитоне”, которого я знал с середины шестидесятых годов, будучи по существу домашним врачом его семьи, сильно кольнули меня. Вряд ли И. В. Курчатов, Ю. Б. Харитон, Я. Б. Зельдович, А. Д. Сахаров, внесшие огромный вклад в разработку ядерного и термоядерного оружия, нуждаются в опровержении того, что ни один из них не заслужил эпитета “зловещий”, но случайная заметка стимулировала желание рассказать о некоторых моментах моего общения с Ю. Б. (так звали его между собой со-трудники и близкие).

Попутно замечу, что выбор Сарова для секретного объекта Арзамас-16 никоим образом не был связан с нахождением там православной святыни. “Изделия” ядерного центра за более полувека с их появления ни разу не были применены на поле боя и, несомненно, послужили противовесом использованию этого страшного оружия



другими странами-обладателями. Кстати говоря, за эти годы миллионы людей были убиты из пистолетов, винтовок, автоматов, изобретателей которых никто не называл зловещими.

Имеется много людей, которые знали Ю. Б. куда ближе и дольше, чем я. Они могут лучше рассказать о мягком и застенчивом человеке, внимательном собеседнике, знатоке и любителе русской поэзии, европейской и русской живописи. Я тоже могу вспомнить, как был растроган Ю. Б., когда мне удалось достать ему книгу стихов Михаила Кузмина, помню разговоры с ним о Гейнсборо, Тер-

нере, Гольбейне, его интерес к нашему совместному посещению художников Д. Краснопевцева, Б. Свешникова, О. Рабина. Конечно же, я помню поразительную обязательность и вежливость Ю. Б., которые были тесно взаимосвязаны и проявлялись ко всем людям, независимо от их общественного положения. Так, например, в день семидесятилетия Ю. Б. я послал ему поздравительную телеграмму. В тот же вечер он поблагодарил меня по телефону. Через день пришла открытка — Ю. Б. боялся не дозвониться и на всякий случай повторил благодарность письменно. Потом оказалось, что он лично поблагодарил каждого поздравившего, а таких было немало.

С трудом прерываю себя, ибо приятно находиться в потоке добрых воспоминаний об этом значительном

человеке. Но я хочу переключиться на другое, куда менее приятное — нашу недавнюю советскую реальность и то, каким мне виделся Ю. Б. на фоне этой реальности. Осознавая, насколько несоразмерен уровень рассказчика уровню некоторых действующих лиц, тем не менее, со своей субъективной периферии хотел достаточно передать те события, свидетелем которых был.

Прежде всего, о событиях, в которых проявилась, как считали многие из близких Ю. Б. людей, в частности, дочь и зять, непростительная для него слабость. Имею в виду подпись Ю. Б. под коллективным письмом академиков, осуждавших общественную деятельность А. Д. Сахарова.

Хорошо помню тот далекий вечер, когда Ю. Б. сказал мне, что в семье возник конфликт, от которого больше всего страдает Мусенька (так он называл свою жену Марью Николаевну), и он хотел бы переговорить со мной. Мы ушли в дальнюю комнату, и Ю. Б., волнуясь и с трудом подбирая слова, стал объяснять, как тяжело переживает свой поступок. Он говорил об огромном уважении к Сахарову как ученому и общественному деятелю. Это было правдой. Я знал, как он дорожил общением с Андреем Дмитриевичем, как поддерживал его в борьбе против Т. Д. Лысенко (во время выборов лысенковца Нуждина в АН СССР и позднее). Ю. Б., потомственный интеллигент (сын оппозиционного советской власти литератора), ученый, человек высокой культуры, никогда не обольщался относительно советского режима, который в то время казался незыблемым.

Как-то Юрий Николаевич Семенов спросил полуслыша: “Юлий Борисович, вы верите в общественный прогресс в нашей стране”. Ю. Б. помолчал и ответил вполне серьезно: “Верю, что лет через 15 – 20 среди руководителей страны появятся вкрапления личностей, чей досуг будет занят не домино, а шахматами, но парная будет объединять и тех и других”. Эти слова мне запомнились, так как незадолго до этого Д. А. Франк-Каменецкий рассказал мне, что он спрашивал у И. В. Курчатова, как проводят досуг наши руководители, — играют ли они в карты или шахматы, на что Игорь Васильевич сказал: “В основном, забивают козла с пристуком”.

Однако, у Ю. Б. была идея, в которой он не сомневался. Он верил, что ядерное равновесие между сверхдержавами — это главное, что может предотвратить глобальное военное столкновение в мире. Мне он сказал, что в случае отказа от подписи возникала реальная альтернатива его отстранения от нынешней деятельности, что лишало его жизнь основного смысла. Несмотря на это весомое обстоятельство, свой поступок он оценивал как позорную слабость. Никогда больше, кроме как в день похорон Марии Николаевны, я не видел Ю. Б. в более расстроенном состоянии.

Ю. Б. был аккуратным, точным и дисциплинированным человеком. Он соблюдал правила, связанные

с охраной секретности “объекта”, лояльно относился к сотрудникам безопасности, занимавшимся этим делом, но не пытавшимся превысить рамки своей компетенции.

Когда однажды я спросил, возникали ли противоречия между интересами ученых и высших чинов госбезопасности, с самого начала курировавших “объект”, он сказал, что это бывало: приходилось, например, поступаться нужными людьми, которым не разрешали продолжать здесь работать; но обычно эти руководители предпочитали проявлять pragmatism. Так, например, непосредственно после печально знаменитой сессии ВАСХНИЛ, некоторые философы потребовали организовать аналогичное избиение “чужого марксизму идеалистического направления в физике”. Оказавшись по вызову вдвоем в кабинете с Л. П. Берией, Ю. Б. высказал тревогу по поводу предполагавшегося мероприятия. На это Берия ответил однозначно: “Мы не позволим этим засранцам мешать работе”. Идеологическая “дискуссия” в физике так и не развернулась.

Отношение Ю. Б. к сотрудникам безопасности, занимавшимся идеологическим сыском, было всегда презрительным. В семье Ю. Б. часто бывали диссиденты, его дочь Тата, зять Юрий Николаевич Семенов, внук Алеша дружили со многими из них. Ю. Б. не только не противился этой дружбе, но часто старался облегчить трудности, возникавшие у этих людей с властями.

В конце концов, повод для общения с Ю. Б. на практическую кагэбэшную тему возник и у меня. Чтобы не вдаваться в излишние подробности, но в то же время сохранить точность и передать колорит времени, позволю себе процитировать практически полностью свое заявление в КГБ.

*Первому заместителю председателя
Комитета государственной безопасности
при Совете Министров СССР
генерал-полковнику С. К. Цвигуну
от врача-психотерапевта Черняховского Д. А.*

ЗАЯВЛЕНИЕ

В конце июня с.г. меня посетил на работе сотрудник центрального аппарата КГБ некий Вячеслав Николаевич, который в беседе со мною сообщил следующее.

Органами государственной безопасности окончательно установлено, что мой знакомый, американец польского происхождения Милош Внук, выдающий себя за профессора университета штата Южная Дакота, является агентом ЦРУ. На самом деле он не профессор, а учитель колледжа, то есть, как объяснил Вячеслав Николаевич, преподает в среднем учебном заведении. В настоящее время М. Внук находится в Польше. ОВИР доложил Вячеславу Николаевичу о предстоящей мне с сыном и женой поездке в Польшу.

Там я наверняка встречусь с М. Внуком, который захочет получить от меня сведения о советской промышленности. Вячеслав Николаевич сказал, что ЦРУ давно проявляет интерес к моей личности. В Советском Союзе я нахожусь под постоянным наблюдением КГБ, но в Польше это наблюдение будет снято. Вячеслав Николаевич предложил мне при встрече с М. Внуком собрать сведения о Збигневе Бжезинском, советнике президента США по национальной безопасности, с которым тот якобы хорошо знаком. Он подчеркнул, что его поручение не является личным: “Помните, это не я вам поручаю, это поручаем вам мы!” Последнее замечание в сочетании с взмахом руки, указующим вверх, по-видимому, должно было означать, что задание исходит от руководства КГБ. Вячеслав Николаевич предложил мне вспомнить, о чем М. Внук просил меня в письмах. Когда я ответил, что о противовоспалительном лекарстве, он весьма настойчиво потребовал: “А вы подумайте, может, еще о чем-то просил. Постарайтесь припомнить!” В то время я ничего не припомнил, но впоследствии, перечитывая письмо М. Внука, убедился, что тот действительно еще кое о чем просил: прислать “Митину любовь” И. Бунина и книгу по специальности. Вячеслав Николаевич сказал, что мой контакт с американским разведчиком грозит мне серьезными неприятностями и тут мне “не поможет ни тестя, и никакой Центральный Комитет”, но он лично является моим “старым другом”, и если я буду держать с ним связь, то все будет в порядке. Демонстрируя свою дружбу и возможности, Вячеслав Николаевич предложил мне взять с собою контрабандой сто рублей сверх той суммы, которую обычно обменивают в банке. Услышав отказ, он сказал: “Не думайте, что это провокация, мы свяжемся с таможней, и всё будет как надо”. Вячеслав Николаевич попросил меня выписать рецепт на лекарство, которое, будучи добавлено в водку, может усилить опьянение: “Вы, конечно, понимаете, что у нас имеются другие возможности, но я рассчитываю на вашу помощь”. Попутно он информировал меня о том, что дочь А. Д. Сахарова, которую я смотрел как врач, “видимо не долечилась и развелась со своим Мишой”, а также сообщил другие подробности из жизни этой семьи. В заключение Вячеслав Николаевич потребовал от меня написать расписку о неразглашении содержания проведенной беседы, а также “всех бесед, которые будут вестись впредь”. Не получив расписки о “беседах впредь”, он остался весьма недоволен и сказал. Что, если бы он в свое время не вмешался, ВАК никогда не утвердил бы меня ученую степень. На мое замечание, что диссертационная работа была единогласно одобрена ученым советом и имелось соответствующее решение экспертной комиссии, Вячеслав Николаевич заявил: “Какое это имеет значение? Ровно никакого. Вы знаете, кто сейчас председатель ВАК?” Услышав ответ, что не знаю, он сказал: “Это такой ортодокс!” /?

“Старого друга” Вячеслава Николаевича (фамилии его не знаю) я приобрел 8 августа 1972 г., когда был вызван повесткой в Мосгорвоенкомат в комнату № 34. Вячеслав Николаевич представился мне сотрудником контрразведки КГБ и сказал, что его интересуют иностранцы, с которыми я веду переписку. У него якобы имеются основания предполагать, что кое-кто из этих людей связан с иностранной разведкой. Сообщение Вячеслава Николаевича было для меня неприятной неожиданностью, однако поначалу я отнесся к его словам с полным доверием. На все заданные вопросы, касающиеся знакомых мне иностранцев, я ответил искренне, подробно и добросовестно. Выяснение длилось долго, и Вячеслав Николаевич назначал повторные встречи. Вначале он объявил, что моя знакомая преподавательница биологии из Лондона Т. Кульман связана с итальянской разведкой. Впоследствии он “реабилитировал” ее, но сообщил, что собирающийся приехать в Москву на Всемирный конгресс по механике муж моей польской знакомой М. Внук, по-видимому, имеет задание разведывательных органов США. В то же время Вячеслав Николаевич рассказал мне, что это крупный ученый (я еще не был знаком с М. Внуком). Постепенно, по мере того, как исчерпывалась тема моих иностранных знакомых, интерес Вячеслава Николаевича стал перемещаться в другую область.

Вячеслав Николаевич предложил мне следить за одним из моих бывших коллег по диспансеру. Я отказался. Он предложил также, используя мое знакомство с А. Д. Сахаровым, проникнуть в эту семью для получения информации. Я отказался, объяснив ему, что это несовместимо ни с моими этическими установками, ни с моей профессией. Какое-то время Вячеслав Николаевич пытался убедить меня, что А. Д. Сахаров психически болен. По этому вопросу мы также разошлись.

Попутно Вячеслав Николаевич демонстрировал свое влияние на ВАК (в 1972 г. я защитил кандидатскую диссертацию) и не скучился на посулы: быстрое прохождение ВАКа, прописка для отца в Киеве, поступление брата в мединститут, мое устройство на работу в учреждения ВОЗ за рубежом, доплата 50-ти рублей к моему месячному заработку. Эти предложения были отвергнуты, — я имел трудности при прохождении ВАКа, мой отец живет на прежнем месте, брат не учился в мединституте, я не работал ни за рубежом, ни в правительственный поликлинике, не получил никакой доплаты.

Вячеслав Николаевич продолжал настаивать на своем, упрекая меня в недостатке гражданских чувств. Когда я сказал, что не являюсь тем человеком, на которого можно “надавить”, он употребил красочную метафору, уподобив КГБ большой рыбе, “которая своим весом может убивать мелкую рыбешку”.

К тому времени я начал понимать, что Вячеслав Николаевич не является контрразведчиком. Он стал

восприниматься мною как привязчивый, но безобидный дурачок. К сожалению, это впечатление было ошибочным.

Весной 1974 г. Вячеслав Николаевич оставил меня в покое. Расстались мы на том, что если М. Внук будет пытаться привлечь меня к предосудительной деятельности, я сам обращусь в КГБ.

Около года тому назад Вячеслав Николаевич внезапно вызвал меня в приемную КГБ. Беседа была довольно короткой. Он напомнил мне о "старой дружбе", вяло поинтересовался М. Внуком, сказал, что уберег меня от крупных неприятностей, связанных с общением с этим человеком. Сказал также о том, что знает о моем визите к больной дочери А. Д. Сахарова. Проинформировал меня о жизни других членов этой семьи. Спросил, могли М. Внук, будучи у меня дома, записать мой голос на магнитофонную пленку, а затем использовать мой голос в телефонном разговоре с физиками Ю. Б. Харитоном либо Я. Б. Зельдовичем. Пожаловался мне на усталость. Цель вызова осталась неясной. До визита ко мне на работу, который я описал в начале заявления, мы больше не виделись.

Возвращаясь к этому визиту, хочу сказать, что у меня имеется профессиональный навык спокойно выслушивать неправильные высказывания больных. Я хорошо знал, что М. Внук ко времени моей поездки в Польшу не будет там находиться. Трудно было поверить в то, что безответственные высказывания данного сотрудника КГБ носят санкционированный характер. Поэтому еще до того, как Вячеслав Николаевич закончил, мною было принято твердое решение: не противоречить его бредовому предложению относительно советника американского президента (ибо разговаривать с ним бесполезно), но по возвращении в Москву сразу же обратиться к руководству КГБ.

По приезде в Москву (в середине августа) заболела моя жена. Поэтому осуществить свое намерение я смог только 2 октября с.г., когда направил письмо на имя председателя КГБ с просьбой о содействии в организации встречи с одним из его заместителей. 5 октября мне позвонил начальник приемной КГБ Н. А. Аксенов. Узнав, с кем из сотрудников КГБ связано мое дело, он обещал, что мне будет дан ответ. Через месяц, не получив ответа, я официально обратился к депутату Верховного Совета СССР Ю. Б. Харитону с просьбой содействовать указанной встрече.

Настоящее заявление преследует целью получить от руководства КГБ ответ на следующие вопросы:

1. Могу ли я рассчитывать, что буду огражден от домогательств Вячеслава Николаевича, затрагивающих мою честь и достоинство?

2. Соответствует ли действительности утверждение Вячеслава Николаевича о том, что я нахожусь под постоянным наблюдением КГБ?

3. Существуют ли реальные основания полагать, что мой знакомый М. Внук является американским

разведчиком? Должен ли я прекратить с ним всякое общение?

4. В случае если руководство КГБ не одобряет стиля и методов работы своего сотрудника, могу ли я ожидать соответствующих извинений?

14 декабря 1977 г.

Вероятно, нужны небольшие комментарии к приведенному заявлению. Андрея Дмитриевича Сахарова я неоднократно встречал у наших общих друзей Франк-Каменецких, но близко мы не были знакомы. Когда возникло дело генетика Жореса Медведева, насильственно помещенного в Калужскую психиатрическую больницу, Андрей Дмитриевич сам проявил инициативу встречи, чтобы выяснить взгляд врача-профессионала на юридические и медицинские обстоятельства совершившегося произвола. Таких встреч было несколько. Меня поразило, насколько глубоко и мгновенно А. Д. схватывал сложности психиатрической оценки состояния человека. Благодаря решительным действиям А. Д. Сахарова, привлекшего к делу Ж. Медведева внимание других видных ученых, провокация КГБ не прошла. Впоследствии я виделся с А. Д. только дома у Ю. Б. Харитона, хотя по некоторым печальным поводам разговаривал с ним по телефону. Тайные органы ненавидели Сахарова, но еще больше ненавидели его жену Е. Г. Боннер. Упомянутый Вячеслав Николаевич лелеял мечту заполучить в моем лице стукача на Боннер. Дабы никогда не возникло и тени подозрения чего-либо подобного, я отверг самую возможность знакомства с этой замечательной женщиной. Моя последняя встреча с А. Д. Сахаровым состоялась на учредительном съезде "Мемориала", где мы обменялись рукопожатиями.

Я не сразу понял, что мною интересуется не контрразведка, как это было сразу заявлено, а гэбэшный политический сыск. Тем более что механизма опровергения связей моих заграничных знакомых с ЦРУ не существовало. Когда же я убедился, с кем соприкасаюсь, решил, что не дам повода к дальнейшему общению. Поняв, что каши со мной не сваришь, доблестные чекисты отстали от меня. К сожалению, на время. Когда они повторили заход, стало очевидно, что их единственная цель — дискредитировать А. Д. Сахарова.

В конце концов, зная об отношении Ю. Б. к Сахарову, я решил поговорить с ним. Реакция Ю. Б. была однозначной. Он подтвердил, что вся эта возня не имеет отношения к сохранности научных секретов, но прямо связана с усиливающейся травлей Сахарова. Он одобрил мое намерение написать заявление на имя Андропова с целью добиться от КГБ официальных извинений либо, при отсутствии таковых, предать делу гласность. Однако, не обольщаясь насчет благородства этих людей, он взял с меня слово не обострять ситуаций пока он сам не предпримет попытку организо-

вать мою встречу с кем-то из заместителей председателя КГБ.

Как следует из приведенного заявления, руководители КГБ не очень спешили со встречей, и тогда Ю. Б. написал официальное письмо первому заместителю Андропова, настаивая на необходимости такой встречи.

В конце концов, я был принят начальником 5-го управления КГБ Ф. Бобковым — будущим генералом армии и нынешним членом совета директоров Мостбанка. Встреча была прохладной и короткой. Договорились ограничить ее ответами на сформулированные в моем заявлении четыре вопроса. На первый вопрос, скривившись, как от кислого огурца, Бобков ответил, что если я действительно полагаю, что действия сотрудника госбезопасности затрагивают мою честь и достоинство, то я буду избавлен от домогательств выделил это слово) организации. На второй: утверждение сотрудника о постоянном надзоре за мной КГБ не соответствует действительности. На третий (с некоторым злорадством): да, ваш знакомый М. Внук определенно является агентом ЦРУ, но мы не даем советов, должен ли какой-то человек прекратить общение с агентом иностранной разведки. На четвертый — неожиданно просто: мне поручено руководством комитета принести вам от его имени извинения за, может быть, нетактичные действия нашего сотрудника. Бе-

седа была закончена. Я получил некоторое удовлетворение, хотя уже несколько месяцев спустя рыцари революции организовали мне гнусную провокацию, отнявшую у меня много душевных сил. Но это особая история, с которой я справился без участия Ю. Б.

Прошло много лет. Изменились времена. Исчезла государственная криминальная структура — идеологический съск. Приходят некоторые частные криминальные структуры.

Когда я вспоминаю тех крупных физиков, которых знал, с которыми общался, меня наполняет горестное чувство: ведь все они были истинными патриотами, всю жизнь отдававшими стране, но в каких патологических нравственных условиях все мы жили, с каким человеческим отребьем им приходилось считаться, сколько требовалось сил, чтобы сохранить хотя бы самоуважение.

Мне повезло. В своей жизни я много соприкасался с высокоодаренными и светлыми людьми. Юлия Борисовича я помню именно таким.

Впоследствии я узнал о его разговоре с Андроповым, которого Ю. Б. пытался убедить, что недопустимо ставить на одну чашу весов запрет на выезд Лизы Алексеевой, а на другую — здоровье выдающегося ученого Сахарова. Знал о его просьбах к Андропову выпустить на лечение за границу Е. Г. Боннер.

ВОСЬМОЙ ВСЕМИРНЫЙ КОНГРЕСС ПО БИОЛОГИЧЕСКОЙ ПСИХИАТРИИ

28 июня – 3 июля 2005, Вена

www.wfsbp-vienna2005.com

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

Патография Николая Ставрогина



В гостиной Ставрогиных. Худ. М. Добужинский, 1920-е годы.

Ныне почти забытая наука *патография* — особый раздел психиатрии, изучающий изображения психических расстройств в художественном творчестве, а также влияние различных заболеваний на само творчество деятелей культуры. По изящному выражению Николая Георгиевича Шумского, “патография — это биография, написанная психиатром с использованием его специальных знаний”¹. Что же может дать патографический подход в анализе одного из самых ярких литературных героев Ф. М. Достоевского?²

С Николаем Всеволодовичем Ставрогиным читатель встречается во второй главе романа “Бесы” (“Принц Гарри. Сватовство”), содержащей краткую биографию персонажа. Первое, что должно обратить на себя внимание, учитывая специфику нашего рассмотрения, — это странное *перерождение* героя, отправленного для продолжения образования в Петербург:

...молодой человек как-то безумно³ и вдруг закутил. Не то, чтоб он играл или очень пил; рассказывали только о какой-то дикой разнуданности, о задавленных рысаками людях, о зверском поступке с одною дамой хорошего общества, с которой он был в связи, а потом оскорбил ее публично. Что-то даже слишком уж откровенно грязное было в этом деле. Прибавляли сверх того, что он какой-то бретер, привязывается и оскорбляет из удовольствия оскорбить⁴.

Таким образом, нежный и чувствительный юноша (“бледный и тщедушный” при отъезде) резко и как будто неожиданно превращается в холодного и высокомерного тирана. Думается, большинство читателей, в силу своей неискушенности, будут, вслед за воспитателем Ставрогина — Степаном Трофимовичем Верховенским, искать объяснения таких поступков по нормам поведения здорового человека, полагая, “что это только первые, буйные порывы слишком богатой организации, что море уляжется и что все это

¹ Н. Шумский. Врубель: жизнь и болезнь. СПб. “Академический проект”. 2001. С. 3.

² В своем рассмотрении мы во многом будем следовать за замечательным русским психиатром Дмитрием Александровичем Аменицким, давшим в свое время блестящую характеристику патопсихологических особенностей этого персонажа. (См.: Аменицкий Д. А. Психиатрический анализ Николая Ставрогина. Совр. психиатрия. 1915. № 1. С. 28 – 41).

³ Слово произнесено. Дело не в том, что Достоевский дает читателю ключ к пониманию созданного им образа. Но именно так, с невыträвимым ощущением *болезненности* всего происходящего и должен воспринимать здоровый человек поступки (вследствие их необъяснимости, нелепости) пораженной шизофренией личности.

⁴ Достоевский Ф. М. Полное собр. соч. в 30-ти т. Л. “Наука”. 1972 – 1990. Т. 10. С. 36.

похоже на юность принца Гарри, кутившего с Фальстадом, Пойнсом и мистрис Квикли, описанную у Шекспира⁵. Хотя ощущение какой-то отталкивающей иррациональности (“грязь, грязь!”) и, следовательно, болезненности, проникнет и в их рассуждения. Увы, такое объяснение оказывается совершенно неверным. Не вероятнее ли, что перед нами проявления какой-то резко обозначившей себя психической болезни? Какой? По всему следует заключить, что это ничто иное, как шизофренический *шуб* (от немецкого *сдвиг*). Сейчас уже стало ясным, что каждый болезненный приступ шизофрении определяется внутренними причинами, так сказать — нарушениями химизма человеческого мозга, но восприятие этих причин недоступно непрофессионалам. А поскольку беспринципных событий не бывает, далекий от медицины человек закономерным образом начинает искать их во внешних событиях жизни настигнутого недугом — тяжелых переживаниях, обидах, несчастной любви и проч. Хуже всего то, что из каждого болезненного приступа человек обычно выходит уже деформированной личностью, как бы “сниженным” в сравнении с тем, каким он был еще недавно. И эти патологические сдвиги могут происходить весьма резко, иногда — в какие-нибудь несколько недель или даже дней.

В результате болезненного сдвига человек становится личностью *совершенно другого плана*. Образно говоря, произошедшее можно уподобить падению зеркала, разлетающегося на множество мелких осколков, каждый из которых способен отразить фрагмент окружающей его действительности, однако ни в какую общую картину эти фрагменты сложить уже невозможно. Нечто подобное происходит и со Ставрогиным. Как отмечал еще Д. А. Аменицкий, хотя умственные способности и полученные ранее знания у него остаются как будто нетронутыми, их связь с духовным обликом личности уже лишена прежней целостности и жизненности. Его идеи больше не проникнуты теми живыми чувствами и верованиями, которые составляют основу личности, ее интимное ядро. Лишь благодаря колоссальному автоматизму психики, они остаются присущими этому человеку. Только таким образом Ставрогин “известный период времени может производить впечатление корректного, образованного, рассудительного человека”.

В стремлении реализовать один из важнейших литературных замыслов Достоевский лепил образ мощной, богатейше одаренной, хотя и демонической природы. Не только в воображении художника, но и в реальной жизни личность такого масштаба может очень долго сопротивляться психозу. Но отпечаток болезни на Ставрогине слишком тяжел. Да это и не удивительно: больной шизофренией человек нередко — не более, чем пассивный раб автоматических, неконтролируемых критическим сознанием стимулов, проявляю-

щихся у него совершенно изолировано, вне обычных ассоциативных связей нормальной личности с окружающим миром и имеющих как бы исключительно моторный характер. Закономерно, в таком случае, что после своей неожиданной отставки⁶ Ставрогин оказывается “в какой-то странной компании”, связавшись “с каким-то отребьем петербургского населения, с какими-то бессапожными чиновниками, отставными военными, благородно просящими милостыню, пьяницами, посещает их грязные семейства, дни и ночи проводит в темных трущобах и Бог знает в каких закоулках, опустился, оборвался и что, стало быть, это ему нравится”⁷. Однако Николай Всеволодович, как выясняется по возвращении в родной город, отнюдь не опустился сам до облика “какого-нибудь грязного оборванца, испитого от разврата и отдающего водкой”! Что же, в таком случае, связывало его с таким окружением и чем, с позволения спросить, он компенсировал столь значительную разницу со своими новыми знакомцами? Ведь отношение обитателей трущоб даже к просто хорошо одетым чужакам таково, что может стать в буквальном смысле опасным для жизни последних. Кажется, только больной шизофренией человек способен на выполнение столь тяжелой, сколько и нелепой миссии! Интересно, что спустя годы после написания “Бесов” некоторые характерные детали судьбы Николая Ставрогина повторяются, правда, совершенно карикатурно, в судьбе реального человека — поэта Александра Добролюбова, в приступе безумия ушедшего “странствовать в крестьянском платье” (сын генерала!) чуть ли не прямо из университетской аудитории и позже основавшего секту “добролюбовцев”, где проповедовал демагогические идеи “соединения со всем сущим” на Земле⁸. Разумеется, это не единичный, а только лишь весьма яркий пример подобной коллизии.

Мимоходом Достоевский отмечает, что Ставрогин не просит у матери денег. Однако, думается, дело здесь не в “именьице — бывшей деревенке генерала Ставрогина (отца персонажа — Н. Б.), которое хоть что-нибудь да давало же доходу”, как пытается убедить нас автор, а в том, что, благодаря аутистической (т.е. полностью обращенной внутрь себя) направленности личности, Ставрогин не понимает функции денег или — что в данном случае одно и то же — совершенно не придает им значения. О том, как удачно иной больной шизофренией может существовать в ка-

⁶ Еще вопрос — чем Ставрогин вернул себе утраченные права, отличившись, как туманно говорит Достоевский “в шестьдесят третьем году”. Не была ли это особая беспощадность к участникам польского мятежа, на события которого, кажется, намекает автор?

⁷ Достоевский Ф. М. Полное собр. соч. в 30-ти т. Т. 10. С. 36.

⁸ Подробнее о А. М. Добролюбове см., например, — Маковский С. Портреты современников. М. Издательский дом XXI век — согласие. 2000. С. 143 — 172.

⁵ Там же. С. 36.

ком-либо сообществе людей и без них, свидетельствуют обстоятельства биографии уже упомянутого Александра Добролюбова, много лет кочевавшего по советской России с артелью печников.

Когда же, наконец, герой Достоевского предстает перед ведущим повествование Хроникером (а вместе с ним, и читателями “Бесов”) собственной персоной, его лицо уже обладает каким-то поражающим качеством. Пытаясь объяснить свое впечатление, Хроникер обращается мыслью к некоторым деталям в этом лице, с его странной контрастностью, вроде неестественной черноты волос и белизны кожи или странной ясности и спокойствия светлых глаз. Однако, несомненно, рассказчика настороживает не это, а что-то другое, мучительно ускользающее от его понимания. Скорее всего, эта особенность — специфическая маскообразность лица. Дело в том, что лица здоровых людей, даже если они и не отличаются особой чувствительностью, необыкновенно подвижны. Заставшая мимика шизофреника настолько отлична от нормы, что ее, даже не поняв — что это, непременно почувствует каждый здоровый человек. И такое лицо произведет на него отталкивающее впечатление. Неудивительно, что Хроникер характеризует свои ощущения от внешности Ставрогина как *отвратительные*.

Заставшая мимика лица — одно из проявлений типичного для шизофрении кататонического оцепенения мышц тела. Вот как оно выглядит у героя нашего рассмотрения:

Минуты две оностоял у стола в том же положении, по-видимому очень задумавшись; но вскоре вялая, холодная улыбка выдавилась на его губах. Он медленно уселся на диван, на свое прежнее место в углу, и закрыл глаза, как бы от усталости⁹.

Генеральша Ставрогина, спустя некоторое время посетившая сына в его комнате, поражается, “что он может так спать, так прямо сидя и так неподвижно; даже дыхания почти нельзя было заметить”¹⁰. Лицо Николая Всеволодовича при этом “было очень бледное и суровое, но совсем как бы застывшее, недвижимое; брови немного сдвинуты и нахмурены; решительно, он походил на бездушную восковую фигуру”¹¹ (курсив наш — Н. Б.). В описанном состоянии герой Достоевского находился “долго, более часу”, причем “ни один мускул лица его не двинулся, ни малейшего движения во всем теле не высказалось”¹². Что и говорить, любой мало-мальски искушенный в физиологии человека сразу поймет, что здесь ни о каком сне не может быть и речи, поскольку в одной из фаз этого физиологического процесса мышцы человека настолько расслабляются, что он уже не может поддерживать

принятой ранее позы и неминуемо должен будет упасть.

* * *

Как известно, по возвращении в родной город, Ставрогин с полгода живет совершенно незаметной жизнью — “вяло, тихо и довольно угрюмо”, “с неуклонным вниманием исполня вся губернский этикет”¹³. Впрочем, на простодушных жителей городка он производит впечатление не только “весьма порядочно образованного”, “даже с некоторыми познаниями”, но и “чрезвычайно рассудительного человека”, способного “судить и о насущных, весьма интересных темах”. Чем же, при своей неразговорчивости, Николай Всеволодович мог вызвать такое ощущение? Разве что “смелостью и самоуверенностью”, носящими отчетливо болезненный оттенок и обнаруживаемыми в отдельных, брошенных вскользь, репликах. Здесь стоит отметить, что одно из наиболее ранних и обстоятельных описаний психического облика больных шизофренией, данное еще русским психиатром Сергеем Алексеевичем Сухановым, определялось им именно как “резонирующий характер”¹⁴. Но вот, разражается (совершенно закономерный для такой болезни) форменный скандал: некто Павел Павлович Гаганов, житель городка, где разворачивается действие романа, “человек пожилой и даже заслуженный”, на свою беду “взял невинную привычку ко всякому слову с азартом приговаривать: “Нет-с, меня не приведут за нос!” И вдруг “однажды в клубе, когда он, по какому-то горячему поводу, проговорил этот афоризм собравшейся около него кучке клубных посетителей, Николай Всеволодович, стоявший в стороне один и к которому никто и не обращался, вдруг подошел к Павлу Павловичу, неожиданно, но крепко ухватил его за нос двумя пальцами и успел протянуть за собою по зале два-три шага”¹⁵. Стоит обратить внимание на то, что Ставрогин “в самое мгновение операции был почти задумчив” (“точно как бы с ума сошел”, добавляли иные свидетели, они и не подозревали, насколько близки были к истине!).

Как же объяснить столь странный поступок героя? Возьмем на себя смелость утверждать, что это отнюдь не эпатаж. Думается, любой внимательный читатель романа с легкостью убедится: Ставрогин вообще ничего не делает *напоказ*. Таким образом, речь может идти только о нечувствительности к переносному смыслу пословиц. Известно, что иносказания совершенно недоступны пониманию олигофренов — людей, от рождения слабоумных. Однако олигофрению, мы, разумеется, тут же отмечаем. И действительно, остается только признать, что перед нами одно из ярчайших

⁹ Достоевский Ф. М. Полное собр. соч. в 30-ти т. Т. 10. С. 182.

¹⁰ Там же.

¹¹ Там же.

¹² Там же.

¹³ Там же. С. 37.

¹⁴ Суханов С. А. Патологические характеры. СПб. Тип. 1-ой СПб. трудовой артели. 1912. С. 199 – 289.

¹⁵ Там же. С. 38 – 39.

проявлений аутистического мышления больных шизофренией. Удивительным образом этим людям свойственно путать омонимы — слова, одинаковые по звучанию, но совершенно разные по значению: ключ (инструмент, приспособление) — ключ (родник); соль (приправа к пище) — соль (музыкальная нота); кошка (животное) — кошка (якорь), различить которые, исходя из контекста, нормальному человеку не составляет никакого труда¹⁶. По этой причине больные часто не способны понимать переносный смысл пословиц. Без преувеличения можно сказать, что эта деталь столь же четко указывает на наличие шизофрении, как звезды на погонах военного — на его звание. Правда, психиатрам это стало понятным только после работ таких светил медицины, как Блейлер, Крепелин, Ганнушкин, Лебединский и др. в первой четверти XX века. Достоевский, как известно, писал свой роман в 1871–72 гг. Насколько же лет он опередил науку? Вот он — реализм “в высшем смысле слова”!

Несомненно, читатель гораздо лучше разберется в столь своеобразной особенности мышления больных шизофренией, если примеры ее проявления будут продолжены. Пожалуй, наиболее рельефно интересующие нас особенности обнаруживаются тогда, когда столкновение с ними происходит не в стенах специализированной клиники, которые уже сами по себе как бы располагают ко всяkim нелепицам, а, так сказать, в обычном быту, где любая странность способнарезануть даже и не слишком искушенный глаз.

Лет двадцать назад, я отъезжал на обычном рейсовом автобусе от железнодорожной станции Ново-Иерусалимская, что недалеко от Москвы. Едва машина тронулась, ко мне обратился сидевший рядом молодой человек с просьбой подсказать, где ему сойти в Юркино. Сразу стало понятно, что передо мною любитель старины: эта остановка располагается вдали от жилья и сходят на ней только те, кто идет к древней, больше того — уникальной церкви, возможно созданной по проекту самого Алевиза Нового (строителя Архангельского собора в Московском Кремле). И мой сосед по автобусу тут же подтвердил справедливость такой догадки:

— Церковь там интересная, — заявил он, — рубежа XV–XVI веков.

— Да, — согласился я, еще не подозревая, что ждет меня в дальнейшем.

— И, что же, валы-то высокие? — огорошил меня вопросом новый знакомец.

¹⁶ Именно на этом, собственно говоря, строится весь феномен *карамбура*, игры слов. Удачным примером чего может служить следующий эпизод из романа М. Булгакова “Мастер и Маргарита”: “А-а! Вы историк? — с большим облегчением и уважением спросил Берлиоз. Я — историк, — подтвердил ученьи и добавил *ни к селу ни к городу* (курсив мой — Н. Б.): — Сегодня вечером на Патриарших будет интересная история!” (Булгаков М. Избранное. М. Художественная литература. 1983. С. 23).

— Какие валы? — я даже растерялся от неожиданности, — там нет никаких валов!

— Как это — нет? — возмутился мой собеседник, — ведь это церковь *рубежа*? — Рубежа! А укрепленные рубежи обязательно имеют валы!!!

Ошарашенный таким пассажем, я обернулся к столь странному ценителю местных древностей, но тут на меня словно дохнуло чем-то давно знакомым, но уже совершенно “из другой оперы”. “Э, брат...” — сказал я своему “внутреннему Петру Ивановичу”, вглядываясь в глаза собеседника. Они не оставляли сомнения в психическом неблагополучии моего визави. Понимая, что дальнейшая дискуссия станет мукой всего оставшегося пути, я, против всяких правил приличия, признаюсь — совершенно бесцеремонно, отвернулся к окну. Потеряв возможность дальнейшего общения со мной, сосед совершенно не огорчился, даже не очень удивился, а тут же вступил в контакт с сидевшими позади него старушками. Грешен, мне было забавно наблюдать, как протекала эта беседа на двух совершенно разных языках: с одной стороны в сотый раз неслось все о тех же “валах и рубеже”, с другой — о том, что церковный священник был “батюшка солидный, служил, пока приход не закрыли”... Наконец, минут через сорок содержательной и, кажется, приятной обеим сторонам беседы, не выдержал крепкий мужчина лет 35-ти в голове автобуса: “Да что ж за искусствовед такой попался?!?” — простонал он, но тут мы, к счастью, подъехали к погодуст Юрикино...

Интересно, что столь своеобразное восприятие слов может проявляться и у больных шизофренией полиглотов. Так, например, в материалах “Павловских клинических сред”, содержащих уникальные, удивительной полноты, стенографические отчеты о посещениях великим физиологом неврологических и психиатрических клиник Ленинграда, находится весьма любопытный для нас эпизод беседы с пациентом:

Иванов-Смоленский (ведущий консилиума — Н. Б.). Отчего вы так охрипли?

Больной (до 18 лет совершенно не знавший русского языка, учившийся в религиозной еврейской школе — Н. Б.). Подождите, сейчас у меня голос очистится. (Откашливается).

Павлов. Может быть, маленький грипп?

Больной. Нет, у меня гриппа нет. У меня, знаете, голос какой. У меня чудный голос. Уже более двух тысяч лет евреи живут в изгнании¹⁷.

Нет сомнения, никто из участников сцены (равно как и никакой читатель) не смог бы понять странного перехода от охрипшего голоса — к изгнанию, если бы не помочь одного из присутствующих на разборе:

¹⁷ Заседание 21 марта 1934 г. (Павловские клинические среды. Стенограммы заседаний в нервной и психиатрической клиниках. Изд-во АН СССР. 1955. С.404).

оказывается, “в переводе на русский язык еврейское “голос” — это изгнание”¹⁸

Впрочем, ведь и у самого Ф. М. Достоевского еще найдутся примеры столь необычного мышления. Откроем II главу одного из самых ранних произведений писателя — повести “Двойник” в том ее месте, где доктор медицины и хирургии Крестьян Иванович Рутеншиц, пользующий главного героя повести Якова Петровича Голядкина, задает тому, казалось бы, самый безобидный вопрос:

— Скажите мне, пожалуйста, где вы живете теперь?

— Где я живу теперь, Крестьян Иванович?

— Да... я хочу... вы прежде, кажется, жили...

— Жил, Крестьян Иванович, жил, жил и прежде. Как же мне не жить! — отвечал господин Голядкин, сопровождая слова свои маленьkim смехом и немногим смутив ответом своим Крестьяна Ивановича¹⁹.

Нечего говорить, Яков Петрович плетет что-то несуразное... Неудивительно, что маститый врач, обладающий не только “значительным орденом”, но “выразительным, сверкающим взглядом, которым одним, по видимому, прогонял все болезни” тут же, совершенно автоматически, пытается поправить своего пациента:

— Нет, вы не так это поняли; я хотел со своей стороны...

— Я тоже хотел, Крестьян Иванович, со своей стороны, я тоже хотел, — смеясь, продолжал господин Голядкин. — Однако ж я, Крестьян Иванович, у вас засиделся совсем²⁰.

В тесной связи с рассмотренной особенностью мышления состоит, по-видимому, стремление больных шизофренией к использованию неологизмов собственного изобретения, часто бессмысленных, странных, курьезных. Одним из первых обратил внимание на эту деталь при шизофрении уже упомянутый С. А. Суханов²¹. Вместе с тем, и рисунки шизофреников могут поражать нелепым соединением совершенно не сочетаемых деталей; весьма показательны здесь звери “на гусеничном ходу” вместо лап, элементами питания вместо сердца, пулеметами вместо когтей или что-либо подобное, возникающие при попытке изобразить “несуществующее животное”.

Возвратимся к Ставрогину. Как известно, за одним импульсивным поступком у него последовали и другие (среди них — укус за ухо губернатора), переполнившие чашу общественного терпения, в результате чего герой оказался под стражей в арестантском доме. Там он и обнаруживает картину острого кататонического возбуждения:

В два часа пополуночи “арестант, дотоле удивительно спокойный и даже заснувший (а, на деле, пребы-

вающий в ступорозном состоянии — Н. Б.), вдруг зашумел, стал неистово бить кулаками в дверь, с неестественной силой оторвал от оконца в дверях железную решетку, разбил стекло и разрезал себе руки”²².

Парадоксальным образом, происшедший припадок принес всем облегчение: обществу стало наконец-таки ясно, что сотворивший все эти несуразицы человек просто болен, а у нарушителя общественного спокойствия вслед за припадком неистового буйства последовало, вполне закономерное, улучшение состояния здоровья. Но, все-таки, полного выздоровления у Ставрогина так и не происходит, несмотря на двухмесячное домашнее лечение по рекомендациям “известного врача из Москвы” и последующие “путешествия по заграницам”. Герой Достоевского по-прежнему остается больным человеком, за маской какого-то “загадочного сфинкса” таящим совершенное душевное отступление. “Он ничего не ищет, ни к чему определенному не стремится”, — констатирует в своем анализе Д. А. Аменицкий, — “никого не любит, чужд всяких привязанностей. Для него нет ничего святого, ничего морально ценного, ничего такого, что заставило бы дрогнуть сердечные струны самого заурядного человека”²³. Благодаря этому, Ставрогин оказывается, к изумлению окружающих, способным stoически переносить “удары судьбы” и сохранять видимое душевное спокойствие “в самые, казалось бы, критические моменты его жизни”, как например, при получении оплеухи от Шатова, во время дуэли с Гагановым и проч. Замечательно, что среди почитателей творчества Достоевского находятся люди, считающие за благо брать в этом отношении со Ставрогина пример! Однако, то, что кажется другим геройством или даже высочайшим уровнем духовности, по сути оказывается лишь “проявлением безыдейных волевых тормозов с одной стороны и импульсивных порывов с другой”²⁴. В определенных обстоятельствах жизни, такая душевная тупость пропускает во всей своей ужасающей наготе, например, когда Ставрогин, без тени какого-либо смущения, обыденно и твердо признается матери в нелепой женитьбе на Лебядкиной или — когда он общается с членами тайного общества, руководимого Верховенским-младшим, нигде не обнаруживая своих симпатий ни к целям организации, ни к ее участникам. Его отношение к этим людям такое же, как и к петербургским “бессапожным чиновникам”, к компании капитана Лебядкина с Федькой-каторжным и другими темными элементами. Герой Достоевского как бы и вправду претворяет в жизнь резонерскую идею “соединения со всем сущим”. Между тем, опустошение его личности неуклонно нарастает, что и приводит в конце концов к са-

¹⁸ Там же.

¹⁹ Достоевский Ф. М. Полное собр. соч. в 30-ти т. Т. 1. С. 121. “Наука”. 1972 – 1990.

²⁰ Там же.

²¹ Суханов С. А. Указ. соч. С. 265.

²² Достоевский Ф. М. Полное собр. соч. в 30-ти т. Т. 10. С. 43.

²³ Аменицкий Д. А. Психиатрический анализ Николая Ставрогина. С. 39.

²⁴ Там же. С. 37.

моубийству. В свете всего сказанного оно выглядит совершенно закономерным: человеку уже нечем жить, и он бессильно валится словно ствол давно прогнившего дерева в лесу.

Разумеется, чрезвычайно интригует вопрос: кто же мог послужить прототипом для психопатологических черт образа Ставрогина? Пока это остается неизвестным. Широко распространено мнение, что в этом, любимом, по признанию самого создателя, образе²⁵, отразились черты одной из ярчайших фигур ближайшего окружения Достоевского 40-х гг. — Николая Спешнева²⁶. Однако, при всей “многоумной спокойной непроницаемости” этого человека, при всей его холодности и загадочности, при всей, так и хочется сказать, его *инакости* в кругу общения, никаких убедительных доказательств того, что все эти качества порождены именно психическим заболеванием, нет²⁷. Возможно, впрочем, что Достоевский, как бы пребывая в некоем *наваждении* от деформированной шизофренией личности, мог оттолкнуться от образа Спешнева, лишь усилив его характерные черты, правда, доведя их до крайней степени выражения. Иными словами — превратил личность шизоидного склада в законченного шизофреника. Другое дело, что в этом случае, как и в реальной жизни, при манифестации психоза, количество уже перешло в принципиально новое качество, и созданный образ приобрел столь новые характеристики, что также утратил связь со своим прототипом, как заболевший человек утрачивает связь с собой, каким он был до развития болезни.

Наконец, самый важный в нашем рассмотрении вопрос — о причинах возникновения этого образа. Подчеркну: Достоевский, несомненно, не отдавал себе отчета в том, что лепит облик героя с людей, пораженных тяжелейшим психическим недугом. Вероятно, в какой-то период своей жизни, скорее всего — при самом начале своего становления как писателя (вспомним фрагмент из писавшегося в 1845 г. “Двойника”²⁸), Достоевский столкнулся с каким-то несчастным (быть может, даже не одним), который был болен шизофренией. Будучи, как человек *иного* склада, личностью чрезвычайно темпераментной, можно даже сказать, — огневой, писатель не мог не получить остройшую душевную рану, обжегшись “космическим холодом” шизофренической личности. Видимо, эта рана была столь глубока, что Достоевский не мог оправиться от нее долгие годы. И душевная боль, как это нередко бывает, (вспомним, хотя бы Булгакова, с его навязчивым кошмаром переживания сцены убий-

ства петлюровцами безоружного, безвинного человека), прорвалась на страницы его произведений.

Вместе с тем, на протяжении всего творчества писателя привлекала проблема духовной трагедии личности-одиночки, противостоящей не только людской толпе, с ее убогими страстями и ненужной суетой, но и общепризнанным человеческим ценностям, важнейшими из которых для Достоевского были ценности христианского мировоззрения. В таком случае, по-видимому, речь может идти о совпадении двух, правда, несопоставимых по значению, мотивов: ведь лучшего прототипа для “гордого, необыкновенного, замкнутого, преступного, но в своей преступности привлекательного и загадочного человека”²⁹ (высшим выражением которого явился Ставрогин), чем большой шизофренией с его кататонической *инакостью* трудно отыскать. Другое дело, что столь тяжелая психическая болезнь полностью исключает *ответственность* героя за свои поступки. Но одарив свое creation столь говорящей фамилией — “ставрос”, что по-гречески означает “крест”, — Достоевский, как христианин, был, несомненно, уверен, что для каждого человека нет и не может быть “креста”, данного ему не по силам. Поэтому-то образ Ставрогина оказывается внутренне противоречивым и, как бы двоится, сочетая, казалось бы невозможное — убедительность литературного персонажа и достоверность психопатологического типа. В тоже время, сотворенная писателем пара Ставрогин и Верховенский младший — необыкновенно яркий пример общественной драмы, когда мысли абсолютно большого человека реализуются в жизнь абсолютно здоровым подлецом. Поразительно, насколько это оказывается актуальным для нашей теперешней жизни! Вот только Верховенский у нас, перефразируя выражение Р. И. Хасбулатова, — “коллективный”.

Замечательно, что создание Ставрогина освободило Достоевского от его шизофренического *наваждения*: психопатологические черты такого порядка при создании последующих героев меркнут, в то время, как идеи духовного одиночества и самоизоляции, ведущие к краху личности, по-прежнему продолжают волновать, переходя от Версилова из романа “Подросток” к Ивану Карамазову из последнего произведения писателя, его “романа-завещания” “Братья Карамазовы”.

Н. Н. Богданов (Москва)

²⁵ См., в частности, письмо Достоевского к М. Н. Каткову от 8 окт. 1870 г.

²⁶ См., например, — Гроссман Л. П. Спешnev и Ставрогин. В кн.: Бесы: антология русской критики. С. 614 – 618.

²⁷ Наиболее полные материалы собраны в книге Л. И. Саракиной “Несбывшаяся судьба”. М. “Наш дом”. 2000. 535 с.

²⁸ Как известно, в середине 1860-х гг. Достоевский переделывал свою многострадальную повесть, но интересующий нас фрагмент присутствует еще в ранней ее редакции. См.: Достоевский Ф. М. Полное собр. соч. в 30-ти т. Л. “Наука”. 1972 – 1990. Т. 1. С. 343.

²⁹ Бем А. Л. Эволюция образа Ставрогина. В кн.: Бесы. Роман в трех частях. Бесы: антология русской критики. М. “Согласие”. 1996. С. 639.

Стихи Анатолия Антонова

Умирать легко чеченцам —
Некуда им отступать.
Фронт в их доме — на кровать,
Где рождаются ополченцы,
Мини падают и рвутся,
Чтобы кровью захлебнуться
Каждый в доме своем смог,
Фронт пришел к ним на порог.
Убивать нам, русским, тяжко,
Родину спасать вдали
Под команду эту “пли!”
В клочья рвать хребты и ляжки,
Верить будто боевик
Из-за гор сюда проник,
Что чужой он тут, не свой:
Чей-то сын, брат, муж — герой.
Умирать нам всем охота,
Чтоб могильщикам была работа,
Чтоб за всех за нас отчизне
Было горестно на тризне.

* * *

Живем, как всегда живые живут,
— как бессмертный люд.
Мы бессмертны!
Кварталы жилые — верят,
Что бессмертен квартирный уют,
Что бессменна житейская скука,
Что безмерна суэт суэта,
Но бессилье восстанет без стука,
Но страданье раздавит уста.
Мы бессмертны и, падая в ложа,
Знаем точно — проснемся с утра,
Нас бетон наших стен не тревожит,
Плоть беспамятством наша мудра.
Страшный суд никому не приснится
И никто в холодном поту,
В содроганье не вспомнит десницу,
Что карает всех не попусту.
Мы бессмертны, и верим мы свято:
Не настигнет в постели нас рок,
Крыши дома — защитные латы,
Крышка гроба — родной потолок.

А. И. Антонов

100-летие Георгия Юрьевича Малиса (1904 – 1961)

Георгий Юрьевич Малис родился 21 января 1904 года. Отец — врач-хирург, умер, когда сыну было 16 лет. Мать — учительница, более 40 лет работала в школе в Ленинграде, награждена орденом Ленина. В 1920 г. окончил гимназию. В 1921 – 1925 гг. вел педагогическую работу в детских учреждениях и учился в ВУЗе. В 1925 г. окончил психологическое отделение педагогического института Психоневрологической академии в Ленинграде.

Но еще в 1924 г. в возрасте 20 лет, будучи студентом III курса, написал монографию “Психоанализ коммунизма” (около 100 стр.) об использовании психоаналитических идей для формирования нового человека и построения коммунизма как социального претворения бессознательного мира человека. Эпиграфом

к этой работе он взял слова Льва Троцкого, а саму работу посвятил А. Г. Раковской¹. В том же 1924 г. в журнале “Большевик” книга была подвергнута разгромной критике.

В 1926 – 1936 гг. вел научно-исследовательскую работу в области общей и судебной психологии в качестве старшего научного сотрудника кабинета НКВД по изучению преступности Ленинградского



детского исследовательского института (вместе с И. Эренбургом и Л. Шейниным). В этот период Г. Ю. публикует работы по педагогии, генетике, психоанализу в периодических изданиях, отдельными брошюрами, как методические пособия. Две работы были напечатаны в Берлине, одна в Париже (вместе с Метальниковым). В 1928 г. вышла работа “Среда и одаренность”, а в 1929 г. — “Пути психологии” (около 200 стр.). Даже названия этих работ создавали их двадцати-двадцатипятилетнему автору большие сложности с работой². Дело в том, что выдвижение в 1928 г. Сталиным тезиса об обострении классовой борьбы положило начало классовому подходу к психотехнике и завершилось ликвидацией педагогии и психотехники в

1936 г. Все пути были закрыты. Г. Ю. был дважды арестован. В сложных ситуациях его выручала П. Жемчужина (жена Молотова). В 1932 г., не прекращая научной работы, он поступил на вечерний факультет Первого Ленинградского медицинского института.

В 1936 г. Г. Ю. окончил с отличием институт и поступил в аспирантуру при кафедре психиатрии Ленинградского института усовершенствования врачей. В 1938 г. защитил кандидатскую диссертацию и был назначен зав. кафедрой психиатрии Хабаровского медицинского института, но по ходатайству проф. В. П. Осипова оставлен в Ленинграде для работы над докторской диссертацией.

Г. Ю. участвовал в финской кампании (1939 – 1940) в качестве врача стрелкового батальона, в Отечественной войне в 1941 – 1945 гг. в качестве начальника эвакогоспиталя и армейского психиатра. На-

¹ Анна Георгиевна Раковская — сестра Христиана Раковского, известного революционера, председателя Совнаркома Украины, который был обвинен в троцкизме и в 1941 г. расстрелян. А. Г. Раковская — известная революционерка, училась в Женеве, Риме, в 1920-е годы возвратилась в Харьков, работала в гослитиздате. Яркая талантливая женщина, писательница, актриса, общалась с художниками и медиками Харькова, Москвы, Ленинграда, была увлечена психоанализом и помогла Г. Ю. Малису напечатать его работу. После опалы брата Раковская уезжает в Москву, в 1949 г. ее высыпают в Кокчетавскую область, где она умерла в 1951 г. В 1992 г. ее прах перевозят в Харьков, отпевают в Благовещенском соборе и хоронят в Болгарии.

² Публикации 1924 – 1935 гг. Г. Ю. даже никогда не упоминал в списке своих работ, а “Психоанализ коммунизма” до 1990-х годов был заключен в спецхран.

гражден орденами Трудового Красного Знамени, Отечественной войны I и II степени, Красной Звезды, медалями.

С 1938 по 1948 гг. (с перерывами на время войны) работал старшим научным сотрудником в Институте мозга им. Бехтерева в руководимой В. П. Осиповым лаборатории патофизиологии психозов. После смерти В. П. Осипова (1947 г.) исполнял обязанности заведующего этой лаборатории. В 1947 – 1948 гг. совмещал работу в Институте мозга с работой в Ленинградском институте специальных школ Академии педагогических наук в должности заместителя директора по научной части. В Институте руководил клиникой расстройств интеллекта, читал аспирантам курс общей и детской психопатологии. В октябре 1948 г. в связи с закрытием Института мозга им. Бехтерева был назначен Минздравом СССР ассистентом кафедры психиатрии Ленинградского института усовершенствования врачей. В ноябре 1949 г. защитил докторскую диссертацию на тему “К патогенезу шизофрении”. В апреле 1950 г. решением Президиума АМН СССР назначен директором Сухумской медико-биологической станции АМН, где руководил клиническим отделом.

С 1953 г. — зав. кафедрой психиатрии Черновицкого медицинского института. Кроме основной задачи — обучения студентов, Г. Ю. большое внимание уделял расширению знаний практических врачей и проводит с ними семинарские занятия. Его блестящие лекции систематически посещали все врачи больницы. В них отражались его обширные познания в области психологии, философии, искусства, литературы. Клинические обходы превращались в процесс углубленного познания, так как, наряду с диагностическими суждениями, он рассказывал об истории изучения каждого заболевания, их исследователях, научных направлениях различных зарубежных и отечественных школ.

Научная работа кафедры определялась изучением этиологии и патогенеза шизофрении. Выдвигая теорию вирусного происхождения этого заболевания, Г. Ю. считал, что успехи могут быть достигнуты лишь междисциплинарными усилиями. Он организовал совместную работу с кафедрами микробиологии, патофизиологии и биохимии Мединститута и вирусологическим отделом городской санэпидстанции. При кафедре были созданы иммунологическая и вирусологическая лаборатории. Все сотрудники кафедры и клиники были включены в научную работу. Изучалось состояние иммунной реактивности больных шизофренией, состояние костного мозга, биохимические и радиоизотопные данные, влияние сыворотки крови больных шизофренией на культуру тканей куринных и человеческих эмбрионов, изменения межклеточных мембран и т.д. В 1958 г. под редакцией Г. Ю. вышел первый том научных трудов Черновицкой психиатрической больницы. Работы докладыва-

лись на съездах, конференциях республиканского и союзного значения, публиковались в печати. Под его руководством были выполнены кандидатские диссертации А. Ф. Касько и Х. В. Финкельштейн. Он поддерживает регулярные контакты с проф. А. С. Чистовичем, акад. Л. А. Зильбером, проф. В. М. Морозовым, переписывается с учеными Италии, Франции, Германии, Канады, Болгарии (Мастроджованни и Скарлатто, В. Майер-Гросс, К. Леонгард, Бускаино, Федоров, Иванов).

В 1959 г. выходит монография Георгия Юрьевича “К этиологии шизофрении”, в которой обобщаются результаты экспериментально-клинических исследований. В 1960 г. поступило предложение из США об издании ее на английском языке. В расширенном и дополненном виде монография вышла в Нью-Йорке в 1961 г. Георгий Юрьевич умер 23 сентября 1961 г. в возрасте 57 лет, не дожив до выхода книги из печати. Смерть унесла его в расцвете творческих планов и сил.

Имя проф. Г. Ю. Малиса вошло в историю мировой психиатрии как автора инфекционно-токсической (вирусной) теории шизофрении.

В 1961 г. им был подготовлен учебник по психиатрии, издание которого вошло в план издательства “Украина” на 1962 г. Рецензенты дали положительные отзывы, рекомендую ее для печати после внесения некоторых изменений. В связи со смертью Г. Ю. редактура учебника осуществлялась его учениками. Однако представленный в Медгиз Украины учебник, проходя бюрократический путь оформления, “выпал из плана” и в конечном итоге так и не увидел свет.

Г. Ю. Малис был первым научным руководителем студенческого научно-исследовательского общества. Под его руководством вышло несколько сборников студенческих работ, в которых опубликованы исследования студентов, будущих профессоров и крупных ученых.

А. Ф. Касько

Оглядываясь назад и вокруг, я с особой ясностью понимаю, как мне повезло с учителями в психиатрии и как важен по-настоящему достойный и крупный Учитель в начале профессионального пути.

Георгия Юрьевича Малиса я знал в последние годы его жизни, начав посещать с IV курса психиатрический кружок, который он вел. Ежемесячные клинические разборы на заседаниях кружка в его кабинете в психиатрической клинике на территории психиатрической больницы австрийской постройки 1901 – 1902 гг. в старинном парке, и его лекции, опять-таки с клиническими разборами, оставляли неизгладимое впечатление. Никогда потом я не слышал таких увлекательных и в то же время методологически строгих, в ряде случаев совершенно оригинальных экскурсов в различные разделы психиатрии:

проблему парофрений, периодических психозов, послеродовых и инфекционных психозов. Они буквально дышали утонченной культурой и энциклопедичностью, примерами из его патографий Стрингера и Ницше, литературными реминисценциями. Можно горько посетовать, что учебник Георгия Юрьевича не увидел свет, — в ту эпоху он, конечно же, слишком выдавался из общего ранжира.

Стремительный, моментально схватывающий все на лету, все примечающий, успевающий сказать вдвое-втрое больше других в единицу времени, все проанализировав и ничего не упустив, он был любителем дискуссий и разрешал студентам прерывать себя вопросами. И, в контрасте с этим, неспешные еженедельные обходы больных в остром женском отделении, на базе которого располагалась клиника, мягкая доброжелательная манера общения с больными.

Моя первая студенческая психиатрическая работа под его руководством была сразу клинико-экспериментальной с проверкой его гипотезы в отношении механизмов формирования сновидений у психически больных при вдыхании ими ароматических веществ разного рода.

Это была еще фактически дофармакологическая эпоха, но Георгий Юрьевич поставил лечебный про-

цесс в клинике необычайно активно. Все мы, его ученики и сотрудники, по заведенному им распорядку научились всему и все умели делать сами: инсулино-коматозную и электро-шоковую терапию, спинномозговые пункции, аутогемотерапию, пиротерапию, паранефральные блокады и т.д. Все должны были владеть основными иммунологическими исследованиями. Выздоровляющие больные посещали превосходные трудмастерские больницы и ее подсобное хозяйство.

Эта активная лечебная, педагогическая и научная деятельность сочеталась со скромностью: не все знали, что он автор единственной советской монографии по психиатрии, переведенной на английский и японский языки. Безвременная смерть от скоротечного рака неожиданно пресекла эту незаурядную яркую высокотворческую жизнь.

Можно порадоваться, что благодаря усилиям верной помощницы Георгия Юрьевича, его бессменного ассистента Анны Филипповны Касько, сохранился архив Георгия Юрьевича.

Ю. С. Савенко

**СПЕЦИАЛИСТЫ
НЕЗАВИСИМОЙ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ АССОЦИАЦИИ РОССИИ**

ведут прием граждан

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

по средам — с 13 до 17 час.

Москва, 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: 119019, Москва, Новый Арбат, 11, комн. 1922,
Российский исследовательский центр по правам человека.

ПРИВЕТСТВИЕ СПОНСОРУ — К. В. Куранову



*Глубокоуважаемый и дорогой
Константин Васильевич!*

*От имени Независимой психиатрической ассоциации России,
15 лет представляющей нашу страну во Всемирной психиатрической ассоциации,
поздравляю Вас с 50-летием —*

*временем, когда каждый выходит на свое платье, которое — чем выше, тем суровее,
но тем прекраснее, вопреки всем трудностям и горечи за спиной.*

*Вы сумели вынести их полной мерой, как и все искусы, что для большинства еще
труднее, вынести, сохранив достоинство и редкую отзывчивость.*

*Зная Вас много лет, не могу не выразить восхищение глубиной и разносторонностью
Ваших знаний, творческим подходом ко всему и — самое важное — умением претво-
рять их в Дела и Поступки.*

*Как один из руководителей Минатома, Вы продлили славную традицию поддержки
им генетики в годы ее преследований. Благодаря Вам, состоялся и регулярно выходил
13 лет в самые трудные периоды “Независимый психиатрический журнал”.*

*Ваш творческий и высоко человечный потенциал — самый надежный залог прорыва
к новым горизонтам, к своему Кайросу.*

Президент НПА России Ю. С. САВЕНКО

РЕКОМЕНДАЦИИ

Джон Донн. По ком звонит колокол. — М., 2004
Раймон Арон. Эссе о свободах. — М., 2005
Юрген Хабермас. Политические работы — М., 2005

* * *

Д. Н. Разеев. В сетях феноменологии. С приложением:
Э. Гуссерль. Основные проблемы феноменологии (курс лекций 1910 г.) — СПб., 2004
А. Пятигорский. Мысление и наблюдение — Рига, 2002
Рут Бенедикт. Хризантема и меч. Модели японской культуры — СПб., 2004
Колледж социологии. Тексты Жоржа Батая и др. — СПб., 2004
П. Бергер, Б. Бергер, Р. Коллинз. Личностно-ориентированная социология. — М., 2004

* * *

С. Ю. Циркин. Аналитическая психопатология. — М., 2005
Ц. П. Короленко, Н. В. Дмитриева. Психоанализ и психиатрия — Новосибирск, 2003
Атлас здоровья в Европе — М., 2004
Кеннет Сильверман. Гудини великий и ужасный. — ЭКСМО, 2004
В. Л. Рабинович. Заумь — род ума // Вопросы философии, 2005, 3, 38 – 57
А. К. Якимович. Художники Нового времени. К описанию социопсихологического типажа // Ibid., 3, 71 – 80
В. Н. Брюшинкин. Феноменология русской души // Ibid., 1, 29 – 39

* * *

В. Я. Перминов. Априорность математики // Ibid., 3, 103 – 117
Б. В. Бирюков, З. А. Кузичева. Из истории становления логико-математического конструктивизма // Ibid., 12, 89 – 102
И. А. Герасимова (ред.). Мысль и искусство аргументации — М., 2003
Р. Г. Апресян, Э. Гидденс. Трансформация интимности: сексуальность, любовь и эротизм в современных обществах // Вопросы философии, 2005, 2, 187 – 189 (о культуре перевода)

* * *

Эрик Хоффер. Истинноверующий. Личность, власть и массовые общественные движения — М., 2004
Иштван Бибо. О смысле европейского развития и др. работы — М., 2004
Джон Серль. Рациональность в действии — М., 2004
М. С. Розанова. Современная философия и литература. Творчество Б. Рассела — СПб., 2004
В. П. Зубов. Избранные труды по истории философии и эстетике 1917 – 1930. — М., 2004
К. А. Свасьян. Дискурс, террор и еврейство // Вопросы философии, 2005, 2, 56 – 71

* * *

“Охранка”. Воспоминания руководителей политического сыска. В 2-х томах — М., 2004
С. Б. Веселовский. Страницы из дневника 1917 – 1923 — М., 2004
Карл Шлегель. Берлин, Восточный вокзал. Русская эмиграция в Германии между двумя войнами (1918 – 1945). — М., 2004
Уильям М. Джонстон. Австрийский Ренессанс — М., 2004
Хаген Шульце. Краткая история Германии — М., 2004
В. Бишанов. Танковый погром 1941 г. — Минск, 2004
Р. К. Лохнер. Последний джентльмен войны — М., 2004
Джордж Паттон. Война, какой я ее знал — М., 2003
В. В. Кабанов. Между правдой и ложью — М., 2004

ABSTRACTS & TRANSLATIONS

Metaphor as a Way to Knowledge

N. N. Nikolaenko (Saint-Petersburg)

The check up of healthy children and the Asperger syndrome patients has shown that:

1. Formation of metaphoric thinking begins already at the 7 – 8 years of age and completes at 9 – 12 years of age;
 2. Capability for understanding metaphors unexpectedly decreases at the age of 13 – 15;
 3. Autistic psychopathy patients were proved to be incapable of understanding of metaphors and idioms widely used in verbal communication.
- It is supposed that deficit of theoretical thinking is

conditioned on inculcation of logical theoretical thinking (and, hence, by increased activity of the left cerebral hemisphere, which is the basis of it) and also by deficit of figurative metaphoric thinking and by decreased activity of the right cerebral hemisphere which is the basis of it. There are grounds to suppose that creative activity becomes more productive if a person overcomes barrier of standards and pass on to figurative “right hemisphere” style of creative activity.

Multiple Personality Disorder in the USA

V. V. Motov (Tambov)

MPD-DID, regarded as a very rare psychiatric curiosity until late 1950s, in 1980 was introduced into the DSM-III, and reached epidemic proportions by the mid 1990s. Some circumstances, in particular, media attention and vigorous lobbying by committed minority of mental health professionals, pushed the process. Recovered memory therapy which is presumably to uncover traumatic childhood sexual abuse by an adult resulted in lawsuits filed by patients against their parents and relatives. Patients also began to suit the therapists for “im-

plantation” of hypnotically induced false memories. Cases like Burgus v. Rush Presbyterian St. Luke’s Medical Center had a number of consequences and culminated in placing the category “Dissociative Identity Disorder” instead of “Multiple Personality Disorder” in the DSM-IV. In criminal cases when a person with MPD-DID is charged with a crime one of the main issues becomes “Who is the proper defendant?” To avoid this question some courts exclude psychiatric testimony on the issue of the sanity of the defendant with MPD-DID.

“Punitive Psychiatry in Russia”

The International Helsinki Federation for Human Rights, Moscow, 496 pp., 1250 copies

Soviet punitive psychiatry and its subsequent destiny represent an instructive lesson for all the world, which, unfortunately, doesn’t lose its actuality.

The authors, first of all I. B. Shamshev, have presented a voluminous text on the history of punitive psychiatry in Russia up to the present time, thoroughly divided according to subject headings. The more detailed section up to 1989 is based on the data of monographs “Punitive medicine” by A. Podrabinek, “Insane psychiatry” by A. Prokopenko and “Psychiatric GULAG” by V. Bukovski. Integration of those data and even their simple repetition will always be exiting, retaining their importance in many respects. One can complain that the authors didn’t use not a single work on that subject written by psychiatrists, even the most voluminous two works on Soviet psychiatry by Peter Redway and Sydney Bloch. Those authors had presented a good lesson of partnership of the politolog-historian and the psychiatrist, which should be used by authors of this report in such a complicated and specific sphere as psychiatry.

The period after 1989 was depicted less informatively, as literature about it was of uncoordinated character. The most detailed and consecutive information was contained in Independent Psychiatric Journal, sections of which Chronicle and From Expert Dossier gave the account of the events in that period in lively and unbiased way. However, the authors didn’t use that material in a sufficient way. As a result — rude disproportion in giving account of the Soviet and the post-Soviet period, while the latter namely is of the most interest. Many important events were missing or stated incorrectly. The authors should have paid greater attention to the efforts of authorities to substitute the Independent Psychiatric Association of Russia for a dummy organization and to support another caricature organization so as to discredit the activities of the IPA and in the later years to the efforts of authorities to eliminate independent psychiatric evaluation and to deprive the IPA of Russia of state registration, while it is in this country the only non-governmental professional organization dealing with psychiatric non-judicial evaluation by request of citizens, whose rights had been violated with use of

psychiatry. Punitive psychiatry is a scourge not only for the mentally ill, but for independent psychiatrists and their organizations.

The report totally ignored the renewal in Russia since 1995 the former technology of using psychiatry for non-medical purposes, this time directed against religious organizations (the Jehovah's Witnesses, Pentecostalists, Buddhists and so on) under false, as it was proved many times, pretext of "bringing harm to mental health". To close eyes at these rude juggling with facts would be in its turn political intrigues. At the same time in this case occur not only violations of rights of religious organizations, but the rude violation of rights of citizens visiting these organizations. So, the IPA of Russia for more than two years participates in case of Ms. L., member of religious organization the Jehovah's Witnesses, who had been accused as incapable without any grounds and unable to raise children.

Not enough has been said on the main issue — criminally low financing by the Government of the psychiatric service, when the majority of mental clinics were receiving previously nourishment equal to half of norm of detainees and since 2005 will receive even less as a result of the law adopted in August of 2004. This theme is not even reflected in the part dedicated to presentation of the report by the Moscow Helsinki Group and the IPA of Russia (6.2), the contents of which were given far from being complete.

Unfortunately, the authors especially in the first edition, equalized the subjects of "punitive psychiatry" and "Soviet psychiatry", as if all national psychiatrists had been obedient performers, bureaucrats, policemen and chasers. In reality Academician G. V. Morozov and Prof. D. P. Lunts never represented national psychiatry. Moreover, even in the Serbski Forensic Psychiatry Institute there were many worthy psychiatrists. In the case of General P. G. Grigorenko all the staff of the commission of experts of Prof. F. F. Detengof (1969) not only confirmed his mental health, but also disavowed the conclusion of the previous commission by Acad. A. V. Senezhevski (1964). It was made in 1969 by aged professor and disciple of P. B. Gannushkin and in 1973 by very young psychiatrist Dr. S. F. Gluzman. It cost his life for Prof. Detengof, for Gluzman — 10 years in detention. To write, as the authors do, that "many Soviet psychiatrists rejected the search of truth, became good behaving and lethal weapons in the hands of the authorities", to take the courage to discuss "theoretical-medical bases of psychiatry" demands a certain level of argumentation, based on trustworthy sources. As a result the complex not a single answer problem, which requires multi-disciplinary research was easily solving by the authors at the price of vulgarization.

In the final edition our remarks had been taken into account and it was justly written punitive psychiatry was not a special subject, not a special psychiatry, but the phenomenon that arises in totalitarian countries with many applied sciences, which are forced to serve a regime which is sometimes criminal. And here inside these sciences a complex and dramatic process of polarization professionals and their associations takes place. In medicine, in particular in psychiatry, this phenomenon derives from double loyalty of the doctor, who acts in the role of the worker of a certain establishment of the Ministry of Health and in the role of the professional, who took the Hippocratic Oath. The order of priorities of these

roles is determined by every action of the doctor. Punitive psychiatry arises on the basis of interference of three main factors:

- ideologization of science, its alienation from achievements of world psychiatry;
- absence of legal basis and
- placing psychiatric service under total state control.

The system of their interactions is first of all a sociological one. Presence in the Criminal Code of the Article on slander on state regime inevitably leads to sending of a certain percent of citizens to forensic psychiatric evaluation. Thus, psychiatry itself is not punitive, but totalitarian state easily uses psychiatry for punitive purposes.

But even limiting oneself by discussion of really punitive psychiatry one should refrain from antipsychiatric ideology and extremist rhetoric. Meanwhile, the report in some places contains namely this spirit ("Old preparations more often cripple than cure", "recurrence of use of psychiatry as a prostitute" and so on).

The analysis of legal base of rendering psychiatric care and guarantees of human rights at its provision is an impressive section of the report. But it is true that the analysis of the international legal acts surpassed the limits of the report. And a number of analyzed normative acts of the Ministry of Health and the Ministry of Internal Affairs of Russia lost their validity long ago. Detailed analysis of shortcomings of the Interim Statute on mental Hospital with Strict Supervision or Interim Statute on the Ward of intensified supervision in mental hospital nowadays is only of historic interest; as such hospitals and wards don't exist now. At the same time legal practice of new Russian legislation concerning involuntary hospitalization, especially in connection with infringement of the law practically was not analyzed.

In conclusion the report described 18 cases of citizens, who had appealed to the All-Russian non-governmental movement For Human Rights in connection with violation of their rights at rendering psychiatric care. Such conclusion namely and presence of such own material deserves wide approval. However, the authors should have limited themselves only by analysis of legal violations, which were abundant in the described cases. Appraisal by the authors of many actions of the applicants made on the basis of their stories looks unconvincing. Many of those citizens visited public reception room of the IPA of Russia and we were able to witness their non-critical relation to situation connected with presence of mental illness, which they disputed because of such mental illness. This is an inevitable consequence of absence of professional psychiatric evaluation. Thorough analysis shows that in many cases the matter is not punitive psychiatry, but mistakes in implementation of law. Nevertheless, we are convinced in necessity and usefulness of views at the problem of a representative of ordinary non-professional thinking. From the above said follows also necessity of closer cooperation with the IPA of Russia.

Summing up, it can be said that the presented report contains wide valuable information on history and development of misuse of psychiatry, knowledge of which is important in many respects and juridical analysis arms us with capability to withstand these violations.

Yu. S. Savenko

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

“Что нужно знать о психическом здоровье”

по следующим темам:

Когда нужен психиатр?

Душевнобольной в семье

Психическое здоровье пожилых людей

Расстройства пищевого поведения

Шизофрения

Маниакально-депрессивные расстройства

Депрессия

Фобии

Панические расстройства

Посттравматические стрессовые расстройства

Цель издания —

преодолеть недоверие населения к психиатрии и психиатрам,

развенчать мифы об особой опасности,

несостоятельности и неизлечимости психически больных.

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

ПРИНИМАЮТСЯ ЗАКАЗЫ НА ИЗДАНИЯ НПА РОССИИ:

Ю. Н. Аргунова. Права граждан с психическими расстройствами. Вопросы и ответы. М., 2003

ПРИЛОЖЕНИЯ

к «НЕЗАВИСИМОМУ ПСИХИАТРИЧЕСКОМУ ЖУРНАЛУ»

1. С. Н. Шишков — «Судебно-психиатрическая экспертиза (понятие и типы)»
(Учебное пособие)
2. I-е Консторумские чтения. «Психотерапия 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 смыслоутраты.
- 1995, I: О вялотекущей шизофрении — О диагностике — Митрополит Антоний о медицинской этике.
- 1995, II: Об институциональной психотерапии — О границах психотерапии — Об этнопсихиатрии — Дело АУМ.
- 1995, III: DSM-IV — Бенедетти о психотерапии шизофрении — Психология свидетельских показаний.
- 1995, IV: Гематологическая психоонкология — Психохирургия — Представительство интересов психически больных — VII съезд НПА и XII съезд РОП.
- 1996, I: Ясперс о бреде ревности (1) — Психиатрия и права человека — О мышлении по аналогии.
- 1996, II: Ясперс (2) — Психиатрия и нейрофизиология — Психиатрия в III Рейхе/ГДР и СССР/России — Обращение в Думу и Правительство.
- 1996, III: Ясперс (3) — Клинический разбор — Образ человека и мозг — Правовые казусы — О психоанализе.
- 1996, IV: Ясперс (4) — Конгресс в Мадриде — Психиатрия и религия — Памятка для пациентов об их правах.
- 1997, I: Интуиция в психиатрии — Новая парадигма. I — Ответ д-ру С. Глузману.
- 1997, II: Предложения к Закону — Метод идеальных типов — Новая парадигма. II — Психиатрический ГУЛАГ.
- 1997, III: Сто лет психоанализа — Новая парадигма. III — Психиатрия и религия.
- 1997, IV: Гуссерль и Ясперс — Новая парадигма. IV — Юбилей Бехтерева — Патографии Ленина и Хрущева.
- 1998, I: Гуссерль и Ясперс — Новая парадигма. V — Законы о наркотиках — Экспертиза Бехтерева по делу Бейлиса.
- 1998, II: Деятельность НПА в 1997 г. — Развитие психиатрической помощи в России — Основы этических стандартов в психиатрии — Детская психиатрия.
- 1998, III: Структура идентичности и психоз — О предмете социальной психиатрии — “Тирания психиатрии” и “тиrания 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 Шнейдер. Религиозная психопатология (1) — Психотерапия — Экспертиза “Свидетелей Иеговы” — Басня о психотронном оружии.
- 1999, II: Шнейдер (2) — Социальная психиатрия — Психотерапия — Всероссийский семинар к 10-летию НПА.
- 1999, III: Шнейдер (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 — Обессessивный синдром — Опасные действия больных — Ганнушкин — Зейгарник — XIII съезд психиатров России.
- 2001, I: X съезд НПА России — проблема доверия — Дискуссия о судебно-наркологической экспертизе — Парадоксы невменяемости — Концепция “промывания мозгов” — фальшивка ЦРУ — Об экспертизах сайентологов и иеговистов.
- 2001, II: Экзистенциальный анализ восприятия князя Мышикина — Психопатологический диатез — О психическом здоровье и со-стязательной 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.
- 2004, I: Снежневский — Психический инфантанизм — Мониторинг ПБ — СПЭ.
- 2004, II: 15-летие НПА России — Патогенез энд. депр. — СПЭ — Что такое “контроль сознания”?
- 2004, III: Розенштейн — Мониторинг ПБ — Отравления психоактивными веществами — С-м кризиса психиатрии — Новая редакция закона
- 2004, IV: Корсаков — Шизофрения — О реформе психиатрической помощи — “Обезьяний процесс” — Тюремная медицина.

Материалы для публикации присыпать по адресу:

125581, Москва, ул. Ляпидевского, д. 18, кв. 41, Ю. С. Савенко; E-mail: info@par.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